



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

El VIH y el sida en los lugares de detención



**Grupo de herramientas
para los encargados de
la formulación de políticas,
gerentes de proyecto,
funcionarios penitenciarios y
proveedores de servicios
sanitarios en las cárceles**



**Organización
Mundial de la Salud**



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO
Viena

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2012

© Naciones Unidas, febrero de 2012. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

La presente publicación no ha sido revisada a fondo por los servicios de edición.

Producción de la publicación: Sección de Servicios en Inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas en Viena.

Agradecimientos

Este grupo de *herramientas* fue preparado especialmente por la UNODC, que, junto a la ONUSIDA y a la OMS, desea agradecer a las siguientes personas su contribución en la puesta en marcha de esta iniciativa:

- A Ralf Jürgens, consultor de Mille-Isles, Canadá, que preparó el texto final del conjunto de herramientas basándose en el borrador inicial de Rob Allen y Anton Shepulanov, del *International Centre for Prison Studies* en Londres, Reino Unido de Gran Bretaña; y a Jonathan Beynon, del Comité Internacional de la Cruz Roja, en Ginebra, Suiza que preparó el texto del módulo 5.
- Al personal de ONUSIDA, OMS y UNODC que contribuyó en la preparación de estas herramientas: Ricarda Amberg, Sylvie Bertrand, Anindya Chatterjee, Fabienne Hariga, Christian Kroll, Ying-Ru Lo y Annette Verster.
- A los participantes en la consulta sobre prevención, apoyo y atención en VIH en medios carcelarios, celebrada en Viena el 17 y 18 de febrero de 2005, y que sugirieron el desarrollo de un conjunto de herramientas que complementara el documento marco discutido durante la reunión.
- A los expertos internacionales que revisaron el primer borrador de herramientas y brindaron sus valiosos aportes: Parviz Afshar, Gautam Babar, Sandra Black, Lucie Grachies, Marzena Ksel, The Hon. Samiollah Lauthan, Morag MacDonald, Martina Melis, Patience Sai y Mónica Suarez.

El VIH y el Sida en los lugares de detención



Índice

Acerca de este grupo de herramientas	ix
¿Por qué un grupo de herramientas sobre el VIH en las cárceles?	xi
Módulo 1. Introducción: El VIH y el sida — ¿Cuál es el problema?	1
Información básica sobre el VIH y el sida	2
Vivir en un mundo con VIH	7
El VIH en las cárceles: un problema serio	8
El VIH/Sida, los derechos humanos y la reforma carcelaria	12
Módulo 2. Temas para los encargados de la formulación de políticas, los políticos y parlamentarios	15
Antecedentes	17
¿Usted puede incidir!	18
Prioridades para la acción	38
Módulo 3. Temas para las autoridades penitenciarias y los administradores de cárceles	49
Introducción y cuestiones clave para la administración de prisiones	51
¿Cómo se transmite el VIH en las cárceles?	52
¿Qué sabemos sobre la transmisión del VIH en la cárcel?	56
¿Qué otros factores contribuyen a que las cárceles sean ambientes de alto riesgo para el VIH y cómo se pueden abordar esos factores?	57
¿Qué medidas de prevención del VIH deberían adoptarse en las cárceles? .	62
Tratamiento, atención y apoyo a los reclusos que viven con el VIH o sida .	94
Liberación anticipada o por razones humanitarias	96

Avances hacia la ejecución	98
Preguntas frecuentes	99
Módulo 4. Temas para el personal penitenciario	103
¡El personal penitenciario es clave!.....	105
El VIH en el lugar de trabajo en las cárceles	106
La prevención del VIH en su cárcel redunda en beneficio de todos	109
Las preguntas más frecuentes	118
Módulo 5. Temas para el personal sanitario en las cárceles	121
Normas y reglas internacionales que rigen la atención de la salud en las cárceles	123
¿Por qué los reclusos resultan especialmente vulnerables al VIH?	126
¿Qué puede hacer el personal médico para reducir el riesgo de transmisión del VIH en las cárceles?.....	128
Cuestiones prácticas para el personal sanitario en las cárceles	142
 Recuadros	
1. ¡El tratamiento funciona!	6
2. Información básica sobre la tuberculosis	6
3. Adultos y niños que se estima viven con VIH a fines de 2007.....	7
4. Información sobre la prevalencia del VIH en las cárceles de países seleccionados	8
5. Información básica sobre la hepatitis C	9
6. Los efectos negativos de los análisis obligatorios y la segregación	20
7. Responsabilidad potencial de los sistemas penitenciarios por no suministrar preservativos.....	22
8. Impacto del análisis para detectar el consumo de drogas: el ejemplo de Canadá.	26
9. Aplicación, costos y evaluación de las estrategias para reducir la oferta de drogas	27
10. Inmunización contra la hepatitis B en las cárceles canadienses	30
11. Ejemplos de legislación en relación con la prisión preventiva	43

12. Política Nacional sobre VIH/Sida en Malawi.....	44
13. Estrategia Nacional de Indonesia para el Control del VIH en las Cárceles	45
14. Política Canadiense sobre el Manejo de las Enfermedades Infecciosas en las Cárceles.....	45
15. Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria	48
16. Uso de drogas en una prisión de Tailandia	53
17. Prevalencia de la actividad sexual en las cárceles	55
18. Prevalencia de otras actividades de riesgo en las cárceles	56
19. El ejemplo tailandés: Cómo pueden contribuir las cárceles a la propagación del VIH.....	57
20. El ejemplo de Lituania: Qué puede ocurrir si hay un brote de VIH en la cárcel.....	57
21. Algunos ejemplos: Cómo impacta el hacinamiento en prisiones de Sudáfrica en el VIH y el sida en las cárceles	59
22. Impacto de la actividad pandillera en el VIH en las cárceles	60
23. Ejemplo: un Código de conducta para el personal carcelario	62
24. El Colectivo de Educación en materia de sida Boma.....	63
25. Radiodifusión en las cárceles rusas.....	64
26. ¡La educación entre pares funciona! El ejemplo de Siberia.....	65
27. La importancia de involucrar a los jóvenes en el diseño de actividades educativas.....	66
28. Las evaluaciones de los programas de distribución de preservativos reflejan buenos resultados	71
29. Canadá: La evaluación de la TSO demuestra sus beneficios en las cárceles.....	77
30. Resultados positivos. Tratamiento de mantenimiento con metadona en cárceles del Irán	77
31. Ejemplo de guía para la distribución de cloro en las prisiones.....	86
32. Programas de agujas y jeringas en las prisiones de Kirguistán: Modelo de acción pragmática	89
33. Programas de agujas y jeringas en las cárceles de España.....	89

34. Privados de libertad con el sida en Italia	98
35. El personal brinda su apoyo a los programas de agujas y jeringas	118
36. ¿De qué se trata el asesoramiento?	133
37. Suiza: Personal médico inicia primer programa de agujas y jeringas	138
38. Moldova: El personal médico supervisa el programa de agujas y jeringas encabezado por los pares de los reclusos	139

Listas de verificación

1. De qué modo se puede sensibilizar y comprometer la participación de otras partes interesadas: medidas prácticas	40
2. Revisión de la legislación y de las reglas carcelarias	42
3. Programas de información y educación	67
4. Programas de asesoramiento y análisis de VIH	69
5. Distribución de preservativos y prevención del sexo no consentido	73
6. Terapia de Sustitución de Opiáceos y otras formas de tratamiento de la drogodependencia	80
7. Otras medidas para reducir la demanda de drogas	82
8. Medidas para reducir la oferta de drogas	83
9. Estrategias sobre el uso de cloro y la desinfección	85
10. Programas de agujas y jeringas	90
11. Manejo de las enfermedades de transmisión sexual	91
12. Medidas para proteger al personal penitenciario	93
13. Tratamiento, atención y apoyo a los reclusos que viven con el VIH o el sida	95
14. Excarcelación anticipada o por razones humanitarias	97
15. ¡El personal penitenciario es clave!	119
16. El papel que ha de jugar el personal médico de una penitenciaría	147

Acerca de este grupo de herramientas

Este grupo de herramientas sobre el VIH en las cárceles tiene por objeto brindar información y orientación, especialmente a personas e instituciones que sean responsables penitenciarios, que trabajan en las penitenciarías, y a todos aquellos profesionales e instituciones vinculados a ellas.

Ha sido redactado para ser usado principalmente en países de bajos y medianos ingresos, pero también resultará útil a profesionales e instituciones de países de altos ingresos.

Se centra en el VIH, pero reconoce que otras enfermedades — en particular la hepatitis y la tuberculosis — están relacionadas con el mismo y también representan serios problemas en las cárceles.

Enmarcado en el respeto al derecho internacional, los estándares internacionales, la evidencia científica y la experiencia aportada por las mejores prácticas en el ámbito internacional.

Complementa una serie de documentos producidos por los organismos de las Naciones Unidas, y se remite a éstos y a otros como información adicional sobre el VIH en las cárceles.

¿Cómo se relaciona este grupo de herramientas con otros documentos de las Naciones Unidas sobre el VIH en las cárceles?

Este grupo de herramientas forma parte de una serie de documentos producidos por los organismos de las Naciones Unidas destinados a brindar orientación actualizada, basada en la evidencia, sobre el VIH en las cárceles.

- *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*: brinda un marco para aplicar una respuesta nacional efectiva para el VIH en las cárceles, basado en la evidencia examinada en *Evidence for Action Technical Papers* y en los estándares y lineamientos internacionales aceptados, y establece los 11 principios y las 100 acciones necesarias para una buena gestión carcelaria en el área del VIH. Se encuentra disponible en: www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf.
- *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons*: suministra un resumen de dos páginas sobre los hechos relacionados con la prevención de la transmisión del VIH en las Cárceles. Disponible en inglés y ruso a través de <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html>.
- *Evidence for Action Technical Papers on Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons*: Revisión integral de la efectividad de las intervenciones para hacer frente al VIH en ámbitos carcelarios. Contiene el más detallado y riguroso análisis de la evidencia relacionada con el VIH que se haya obtenido hasta la fecha, con cientos de referencias. Son documentos con antecedentes esenciales para cualquiera que esté interesado en el VIH en las cárceles, y sirven como complemento de este grupo de herramientas y del documento marco antes citado. Se encuentran disponible en inglés y ruso a través de <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html> o <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>.

- *HIV/AIDS and HCV in Prisons: A Select Annotated Bibliography*: fue preparado por el 3º Coloquio Internacional sobre el VIH/Sida en las Cárceles, auspiciado por el Gobierno de Canadá y ONUSIDA. Contiene referencias y resúmenes de cientos de documentos relacionados con el VIH en las cárceles. Tiene como objetivo aumentar el conocimiento y acceso a la bibliografía sobre temas relacionados con el VIH y el Virus de la Hepatitis C en las cárceles; aumentar la capacidad de los gobiernos, sistemas carcelarios, organizaciones no gubernamentales e investigadores para responder efectivamente a los desafíos que presentan el VIH y el VHC en las cárceles. Fue actualizado en 2007 y se encuentra disponible en inglés y francés a través de http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/int-aids-sida/hiv-vih-aids-sida-prison-carceral_e.html.



Como la finalidad del grupo de herramientas es la de completar y complementar los documentos referidos, el lector no encontrará referencias a lo largo de este trabajo. Las referencias detalladas de todas las aseveraciones que se efectúan en el grupo de herramientas pueden encontrarse en el documento “*Evidence for Action Technical Papers—Interventions to address HIV in prisons*”.

(WHO/UNODC/UNAIDS, 2007) disponible en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html> o en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>.

El grupo de herramientas se divide en cinco módulos

El Módulo 1 brinda información esencial básica sobre el VIH y explica por qué y cómo hacer frente al VIH en las cárceles en relación con temas más amplios sobre reforma carcelaria y derechos humanos.

El módulo 2 está destinado a los políticos y legisladores encargados de formular y desarrollar las políticas penitenciarias y su legislación, tanto en el ámbito de la gestión como de la justicia penal y el acceso a la salud, y especialmente a:

- Los Ministerios de justicia y del interior o aquellos que tengan a su cargo la supervisión de temas penitenciarios;
- Los Ministerios de Salud, ya que la salud en las penitenciarías forma parte de la salud pública;
- Los legisladores con interés en la justicia penal, correccional y en el acceso a la salud de las personas privadas de libertad;
- Los funcionarios gubernamentales de alto nivel en los departamentos de justicia, interior, justicia correccional y salud;
- Los jueces, magistrados, fiscales y otras partes estatales en el sistema de justicia penal;
- Las organizaciones de la sociedad civil que tengan interés en las prisiones, el VIH y los derechos humanos de las personas privadas de libertad;

- Los donantes que suministran fondos para los programas destinados al fortalecimiento de la gobernabilidad, el estado de derecho y la adhesión a los derechos humanos, así como para actividades enfocadas a la promoción y protección de la salud.

El Módulo 3 está destinado principalmente a quienes tengan responsabilidades en el manejo del sistema penitenciario y de las diferentes cárceles. Esperamos le resulte útil a:

- Los directores de las administraciones carcelarias a nivel nacional y provincial o regional;
- Los directores y administradores de cárceles;
- Los jueces e inspectores que tengan responsabilidad en la supervisión externa de las condiciones carcelarias.

El Módulo 4 está destinado principalmente a las personas que trabajan en las cárceles y que brindan seguridad o programas para los privados de libertad diariamente:

- Los funcionarios de las cárceles;
- Los educadores e instructores que trabajan en cárceles;
- Las organizaciones de la sociedad civil, voluntarios, personal de organizaciones no gubernamentales y organizaciones religiosas, que visitan a los privados de libertad y llevan a cabo actividades en las cárceles.

El Módulo 5 está destinado especialmente al personal sanitario que trabaja en las cárceles. Esperamos que le resulte útil a

- Los médicos;
- El personal de enfermería;
- Los paramédicos y el personal auxiliar;
- Los consejeros y psiquiatras.

Cada módulo tiene un enfoque similar y trata los mismos temas, pero identifica aquéllos que son de particular relevancia para las distintas audiencias destinatarias y lo que éstas pueden y deben hacer para enfrentar al VIH en las cárceles.

Aunque los individuos comprometidos con partes específicas de la tarea global de abordar el VIH en las cárceles pueden hacer mucho, se puede lograr una respuesta más efectiva si todas las partes participan activamente.

¿Por qué un grupo de herramientas sobre el VIH en las cárceles?

El VIH es una seria amenaza para la salud de la población carcelaria, y constituye un desafío significativo para las autoridades penitenciarias y de salud pública y para los gobiernos nacionales.

Mundialmente, los niveles de infección de VIH tienden a ser más altos entre la población carcelaria que entre la población que se encuentra fuera de las mismas. Esta situación a

menudo viene acompañada y se exagera por los altos índices de otras infecciones como por ejemplo la hepatitis B y C y la tuberculosis.

En muchos países, los grupos más vulnerables al VIH son también los grupos de riesgo respecto de la criminalidad y del confinamiento, ya que muchas de las condiciones sociales y económicas que aumentan la vulnerabilidad al VIH también incrementan la vulnerabilidad al encarcelamiento. Como resultado de ello, en algunos países, la población con los mayores índices de infección por el VIH también se encuentra representada desproporcionadamente en las cárceles. En países donde hay presencia de drogas inyectables, la prevalencia de usuarios de drogas inyectables en la cárcel es alta.

En la cárcel, hay un alto riesgo de transmisión del VIH y de otras infecciones. Las cárceles frecuentemente están superpobladas y se caracterizan por una atmósfera de miedo y violencia. Hay actividad sexual allí aunque ésta esté prohibida. Como sucede también dentro de la comunidad en general, a pesar de las medidas de control aplicadas, circulan las drogas ilícitas. Las tensiones abundan. La liberación de estas tensiones y de las dificultades de la vida en la cárcel, a menudo se encuentra en el consumo de drogas o en el sexo. Muchas veces no hay acceso a preservativos. Cuando se inyectan drogas las agujas y jeringas —que son escasas, ilegales y difíciles de esconder— se comparten casi siempre, lo que conlleva un alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. El tatuaje es también común en las prisiones, como parte de la subcultura, y la ausencia de instrumentos limpios para realizarlos es un factor de riesgo para la transmisión. Los servicios de salud, odontológicos y ginecológicos a menudo son escasos y no siempre seguros en cuanto al riesgo de transmisión de infecciones.

Los internos son los que mayor riesgo corren, pero el personal penitenciario comparte este ambiente de alto riesgo con los reclusos. Puesto que el VIH se transmite sólo a través del contacto con la sangre u otros fluidos corporales, el personal penitenciario puede adoptar prácticas simples y de rutina para reducir enormemente la probabilidad de infectarse con VIH como resultado de la exposición ocupacional: estas prácticas se denominan “precauciones universales”¹. No obstante, otras infecciones que pueden propagarse más fácilmente que el VIH —en particular la tuberculosis— plantean un riesgo real para el personal penitenciario.

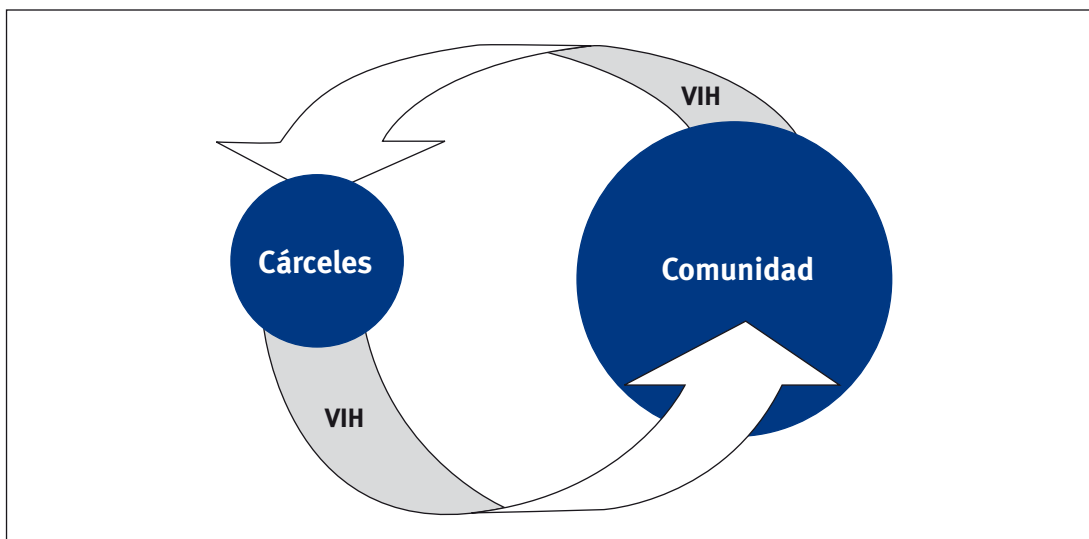
Por otra parte, la salud en la cárcel es una cuestión de salud pública. Los internos y el personal penitenciario están en contacto continuo con la comunidad, de la que los privados de libertad también provienen, y a la que, en su mayoría, regresan, tras cumplir condenas de corta duración. El personal penitenciario, los visitantes y proveedores también entran y salen de las cárceles. Esto significa que lo que se hace —o no se hace— para promover la salud en las penitenciarías y proteger a los internos y al personal de contraer infecciones tendrá un impacto último sobre la salud de la población no reclusa. Los pro-

¹Las precauciones universales son simples medidas de control que reducen el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles por vía sanguínea, por la exposición a la sangre u otros fluidos corporales entre pacientes, trabajadores de la salud y otro tipo de personal. Bajo el principio de “protección universal” la sangre u otros fluidos corporales de cualquier persona se consideran infectados por el VIH, independientemente del conocimiento fehaciente o supuesto de la persona. Mejorar la seguridad de las inyecciones es un componente importante de las precauciones universales.

blemas de salud en la cárcel son necesariamente problemas de salud de la comunidad (véase figura 1).

La prevención efectiva del VIH, su tratamiento, atención y programas de apoyo en las cárceles es por lo tanto una buena práctica de salud pública.

Figura 1: Las cárceles y la comunidad en general – Como se propaga el VIH



Hay muchas evidencias que sustentan lo que se puede hacer en las prisiones para reducir el riesgo de transmisión del VIH y brindar tratamiento, asistencia y apoyo adecuados a los internos que viven con el virus, al tiempo que existe una creciente conciencia y preocupación generalizada sobre el VIH y el sida en las cárceles. Por ejemplo, en abril de 2005, en el XI Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito, al que asistieron la mayoría de los países, los gobiernos hicieron notar que “las condiciones físicas y sociales asociadas con el encarcelamiento pueden facilitar la propagación del VIH en las instalaciones de detención y correccionales y por lo tanto en la sociedad, representando por ende un problema crítico para la administración carcelaria”. La Declaración de Bangkok efectuada ante el Congreso instó a los estados a desarrollar y adoptar medidas y lineamientos para asegurar que en dichas instalaciones se aborden los problemas particulares relacionados con el VIH. El derecho internacional requiere que los países promuevan la salud en las cárceles y que, por lo tanto, hagan el máximo esfuerzo para reducir el riesgo de transmisión de las infecciones.

A pesar de ello, muchos países deben ejecutar aún programas integrales de prevención del VIH en las prisiones, o alcanzar un nivel de asistencia de la salud equivalente a lo que existe fuera de la cárcel, poniendo en peligro de esta manera la salud de los internos, del personal carcelario y de la comunidad en general.

Algunos de los encargados de la formulación de políticas y de los administradores de cárceles pueden tener dificultades para aceptar que hay drogas inyectables o actividad sexual en las cárceles. Pero la evidencia indica que el uso de drogas y/o el sexo ocurren

en prácticamente todas las prisiones del mundo. Otros pueden temer que las medidas de prevención del VIH (como, por ejemplo, suministrar preservativos y agujas y jeringas esterilizadas a los internos) debiliten la seguridad y el control, o fomenten dichos comportamientos, en los centros de reclusión, pero es notorio que ello no ocurre.

Este Grupo de herramientas está diseñado para ayudar a los países en sus esfuerzos por aplicar una respuesta nacional efectiva ante el VIH y en mejorar y, de ser necesario, reformar su sistema penitenciario. Basado en la evidencia de la investigación y evaluación científica y en la experiencia mundial ofrece:

- Una guía práctica sobre las medidas que los países deben tomar a corto plazo para evitar la propagación del VIH (y otras infecciones) entre los reclusos y brindarles tratamiento, atención y apoyo y
- Orientación sobre las reformas necesarias a mediano y largo plazo para facilitar dichas medidas.

Este conjunto de herramientas no responde a todos los temas relacionados con la salud y la seguridad en las cárceles. La salud de los internos y su acceso a los servicios es un tema muy vasto y complejo. Frecuentemente las personas llegan a la cárcel con muchos problemas de salud como por ejemplo adicciones, enfermedades infecciosas, enfermedades mentales o psiquiátricas, desnutrición, problemas dentales y de enfermedades de la piel. En este conjunto de herramientas no resulta posible tratarlos a todos.

Nota sobre Terminología y Alcance

En algunas jurisdicciones se usan diferentes términos para aludir al lugar de detención que alberga a personas que están esperando ser procesadas, aquellas que han recibido una condena o que tienen distintas condiciones de seguridad. De manera similar, se usan distintas palabras para distintos grupos de personas que se encuentran detenidas.

En este conjunto de herramientas, el término "cárcel" (prisión, penitenciaría) ha sido utilizado para todos los lugares de detención y el término "recluso" (interno, presidiario) para describir a todos los que se encuentran en ellas, incluyendo jóvenes de ambos sexos, detenidos en instalaciones penitenciarias durante la investigación de un delito, a la espera de juicio, una vez sentenciado y durante el cumplimiento de la pena. Aunque el término no abarca formalmente a las personas detenidas por causas relacionadas con la categoría de inmigrante o refugiado, ni a aquellas personas detenidas sin causa, ni a las sentenciadas a tratamiento forzado y derivadas a centros de rehabilitación existentes en algunos países, las consideraciones contenidas en este trabajo se aplican también a ellas.

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles

Introducción: El VIH y el sida — ¿Cuál es el problema?

Módulo

1

Este módulo:

- Brinda información básica sobre el VIH y el sida (“Información básica sobre el VIH y el sida”);
- Indica que el VIH es un problema importante en todos los países del mundo (“Vivir en un mundo con el VIH”);
- Señala que, en el mundo, los niveles de infección con el VIH entre la población carcelaria tienden a ser mucho más altos que en la población en general; explica por qué ocurre esto (“El VIH en las cárceles: Un problema serio”); y examina los vínculos entre el VIH, los derechos humanos y la reforma carcelaria (“El VIH, derechos humanos y reforma carcelaria”).

Información básica sobre el VIH y el sida

¿Qué es el VIH?

VIH significa “virus de inmunodeficiencia humana”. El VIH es un virus que infecta las células del sistema inmune y destruye o deteriora su función. La infección con el VIH da como resultado una destrucción progresiva del sistema inmune que lleva a la “inmunodeficiencia”.

Las personas con inmunodeficiencia son mucho más vulnerables a un amplio espectro de infecciones que el resto de las personas porque el cuerpo no puede combatir estas infecciones.

¿Qué es el sida?

La palabra sida significa “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y describe el conjunto de síntomas e infecciones asociadas con la deficiencia del sistema inmune humano que resulta de la infección con el VIH. El nivel de células CD4 en el cuerpo y la aparición de ciertas infecciones o tipos de cáncer se usan como indicadores de que la infección con el VIH ha progresado hacia el sida.

Las enfermedades asociadas con la inmunodeficiencia severa se conocen como “infecciones oportunistas” porque se aprovechan de un sistema inmune debilitado. En el contexto carcelario la más significativa es la tuberculosis que puede propagarse muy rápidamente en condiciones de hacinamiento.

CD4 se refiere a una clase de célula en la sangre que contribuye al sistema inmunológico del cuerpo humano. El VIH ataca y mata a las células CD4. Cuando no hay suficientes células CD4, los gérmenes que atacan al cuerpo humano para provocar enfermedades tienen más facilidad para hacerlo.

¿Cuáles son los síntomas de la infección por el VIH?

La mayor parte de las personas infectadas con el VIH desconocen este hecho, ya que no se desarrollan síntomas inmediatamente después de la infección inicial. Algunas personas experimentan un estado febril (con fiebre, erupción cutánea, dolores en las articu-

laciones e inflamación de los ganglios linfáticos) que se produce en el momento en que se desarrollan los anticuerpos al VIH — en general entre 6 semanas y 3 meses luego de ocurrida la infección.

A pesar de que la infección por el VIH no causa ningún síntoma inicial, una persona infectada con el VIH puede transmitir el virus a otra. La única manera de determinar si el VIH está presente en el cuerpo de una persona es hacer el análisis del VIH.

¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH se transmite cuando la sangre infectada, el semen, los fluidos vaginales o la leche materna ingresan en el cuerpo de otra persona. La mayoría de las veces esto ocurre cuando se tiene sexo sin protección o por el uso de drogas inyectables (cuando se comparten las agujas). Cualquier persona infectada con el VIH lo puede transmitir, ya sea que aparente o no estar enferma, tenga un diagnóstico de sida o esté recibiendo tratamiento efectivo contra la infección. Las mujeres infectadas que quedan embarazadas pueden transmitir el VIH a sus hijos durante el embarazo o el parto, así como a través de la lactancia.

Contacto sexual sin protección

El modo de transmisión principal en todo el mundo es por sexo sin protección, primordialmente a través de relaciones vaginales o anales con una pareja infectada. En el sexo oral la posibilidad de transmisión del VIH es mucho más baja que en el sexo vaginal o anal.

Exposición a sangre infectada

La forma más eficiente de transmisión del VIH es a través de la introducción de sangre infectada en el torrente sanguíneo, por una transfusión de sangre infectada. La mayoría de las transmisiones directas en sangre ocurren en la actualidad como resultado del uso de material de inyección contaminado durante la inyección de drogas. El uso de jeringas mal esterilizadas y otro equipo médico en entornos sanitarios también puede tener como resultado la transmisión del VIH. La exposición directa a la sangre de otra persona debe evitarse siempre para prevenir la transmisión no sólo del VIH sino también de la hepatitis B o C y de otras infecciones que circulan en sangre.

La evidencia abrumadora indica que las personas no pueden contraer el VIH de ninguna manera al:

- Dar la mano;
- Toser o estornudar;
- Visitar un hospital o pabellón médico;
- Abrir una puerta;
- Compartir utensilios para comer o beber;
- Usar sanitarios (inodoros) o duchas;
- La picadura de un mosquito u otro insecto;
- Trabajar o socializar o vivir con reclusos o personal carcelario;
- Usar bebederos.

¿Cuándo se dice que una persona tiene el sida?

El término sida se aplica a los estadios más avanzados de la infección con el VIH. La mayoría de las personas infectadas con el VIH desarrollan síntomas del sida dentro de los 8 a 10 años. La terapia antirretroviral (véase más abajo) puede demorar la progresión de la enfermedad al disminuir la cantidad del VIH en el cuerpo.

¿Cómo puedo saber si alguien tiene el sida?

No es posible. Una parte de las personas infectadas con el VIH desarrollan los síntomas temprano, mientras que otras permanecen asintomáticas durante 15 o más años luego de que han sido infectadas. Ya que la mayoría de las personas que tiene VIH no tiene apariencia de enferma, es imposible saber si una persona vive con VIH simplemente con mirarla o hablar con ella. Los reclusos o compañeros de trabajo con VIH tienen la misma apariencia que las personas no infectadas.

¿Qué es un análisis del VIH y cómo debe realizarse?

El análisis del VIH es un procedimiento por el cual la sangre o los fluidos corporales de una persona se analizan para determinar la presencia de anticuerpos que produzcan una respuesta a la infección por el VIH. Hay un “período ventana” inherente a la tecnología del análisis, que implica que puede tomar hasta 14 semanas — y tal vez más — para que una persona infectada con el VIH desarrolle los anticuerpos en una concentración suficiente como para dar un resultado positivo.

Un análisis del VIH debe

- Estar acompañado de apoyo previo y posterior
- Realizarse con el consentimiento informado de la persona que se somete al mismo (esto significa que las personas deben recibir información sobre los beneficios y riesgos del análisis, y prestar su consentimiento al mismo); y
- Ser confidencial (significa que el resultado del análisis sólo se comunica al paciente y permanece secreto para cualquier otro fin).

En las cárceles, el análisis del VIH implica un número de pasos diferentes. Se le ofrece a la persona privada de libertad hacerse el análisis del VIH o él mismo puede solicitarlo. Un médico, una enfermera o un consejero especialmente capacitado le brindarán información sobre el análisis y conversarán con él sobre temas relacionados con el VIH, y éste podrá hacer preguntas (apoyo previo al análisis). Si él da su consentimiento, un enfermero o personal de apoyo tomará una muestra de sangre usando una aguja. La muestra se somete al análisis del VIH. Si el primer análisis es positivo, se examinará nuevamente la sangre para confirmar el resultado.

Cuando los resultados de las pruebas están listos, una enfermera o consejero le comunicará los resultados al interno y le brindará apoyo posterior al análisis. Si el análisis demuestra que éste tiene la infección por el VIH (es VIH positivo) se le deberá derivar para que reciba asistencia, tratamiento y apoyo.

El apoyo previo y posterior al análisis es un componente fundamental de las pruebas del VIH. El proceso de apoyo debe contemplar cuestiones como el riesgo de transmisión del VIH, facilitar conductas preventivas, evaluar mecanismos de reacción/respuesta si se confronta con un resultado positivo y la derivación a terapias de asistencia, tratamiento y apoyo. El apoyo debe darse antes y después del análisis del VIH y se debe llevar a cabo con independencia del resultado negativo o positivo.

En algunos países se dispone de análisis rápidos del VIH. Las pruebas rápidas del VIH se pueden llevar a cabo con mayor rapidez que las comunes y pueden dar un resultado entre los 10 y 30 minutos. Muchos análisis rápidos son relativamente fáciles de utilizar y pueden ser realizados por personal sanitario, como médicos clínicos y enfermeros, sin necesidad de que intervengan técnicos de laboratorio. Todos los análisis rápidos, sin embargo, pueden dar resultados erróneos si no se sigue estrictamente el protocolo de la prueba. Además se recomienda, al igual que con los análisis comunes, un análisis de VIH/Sida confirmatorio para todas las personas que obtengan un resultado positivo en el análisis rápido. Los análisis de confirmación no son necesarios si el resultado es negativo o si hay signos de inmunodeficiencia.

La infección con el VIH ¿es siempre fatal?

No necesariamente. Hoy hay tratamientos que retardan el avance de la infección con el VIH y le permiten a las personas infectadas con el virus vivir una vida saludable y productiva por muchos años.

¿Qué tratamientos existen para el VIH?

Los medicamentos contra el VIH retardan el crecimiento del virus del VIH. Dado que este es de un tipo especial llamado “retrovirus”, los medicamentos se llaman usualmente “antirretrovirales”.

Hay muchos tipos (o clases) de medicamentos contra el VIH. Cada tipo funciona bloqueando una proteína diferente que el virus del VIH necesita para su reproducción. Actualmente hay dos clases de medicamentos:

- Medicamentos que bloquean la proteína “transcriptasa inversa”, conocidos como inhibidores de transcriptasa o inhibidores de TI; y
- Medicamentos que bloquean la proteína “proteasa”, conocidos como inhibidores de proteasa.

Existen varios tipos diferentes de drogas para tratar la infección por el VIH. Estas drogas atacan distintos aspectos del proceso que el virus utiliza para duplicarse. Dado que el VIH muta rápidamente para hacerse resistente a cualquier droga individual, los pacientes deben tomar una combinación de drogas para lograr la máxima supresión del VIH.

La combinación de terapia anti VIH se conoce como terapia antirretrovírica o TAR. La TAR cambia el curso natural de la infección con VIH, extendiendo significativamente el período entre la infección inicial y el desarrollo de los síntomas. Para lograr estos resultados, es importante iniciar la terapia antes de que se desarrollen los síntomas de sida,

Recuadro 1: ¡El tratamiento funciona!

En Brasil, aproximadamente 125.000 personas recibieron ARV entre 1997 y 2002. Los funcionarios estiman que el acceso al tratamiento evitó 90.000 muertes que hubieran ocurrido durante este período si el tratamiento no hubiera estado disponible.

En Estados Unidos, donde la terapia ARV se encuentra disponible desde los noventa, la mortalidad por el sida declinó un 66% entre 1995 y 2002.

pero aún los pacientes que comienzan la terapia después de tener el diagnóstico de sida a menudo obtienen beneficios importantes y duraderos. Aunque es efectiva en retardar el avance de las enfermedades relacionadas con el VIH, la TARV no es una cura. Además de los tratamientos para la infección con VIH, existen terapias para prevenir y/o tratar muchas infecciones oportunistas relacionadas con el VIH. Tanto en países industrializados como en desarrollo, la TARV en general resulta en una mejora significativa de la salud y del bienestar de las personas que viven con VIH.

¿Cuál es la relación del VIH con la tuberculosis?

El surgimiento de la pandemia de VIH amenazó seriamente los esfuerzos de control global de la tuberculosis. El VIH debilita la respuesta inmune y aumenta dramáticamente el

Recuadro 2: Información básica sobre la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa transmitida por la inhalación de droplet nuclei. Estos se producen cuando una persona con la forma activa de la enfermedad tose. Es necesaria la exposición de días a semanas para adquirir la infección. Sólo el 10% de los que adquieren la infección desarrollarán tuberculosis activa, aunque algunos grupos como, por ejemplo, aquellos que se encuentran en las últimas etapas de la infección por VIH, tienen un riesgo mayor. El hacinamiento, la mala ventilación y ciertas características de cada individuo aumentan la probabilidad de infectarse con tuberculosis.

El tratamiento preventivo de individuos infectados (según lo define un análisis cutáneo positivo) con isoniasida puede tener una efectividad de entre un 70 y 90% en la prevención del desarrollo de la enfermedad activa.

La detección precoz y el aislamiento de las personas con tuberculosis activa es clave para el control de la enfermedad. Es necesario mantener un estado de alerta constante para detectar a dichas personas tan pronto como sea posible.

Con tratamiento adecuado, el 98% de la tuberculosis activa es curable, excepto en el caso de la tuberculosis resistente a múltiples drogas (RMD).




Para mayor información básica sobre el VIH/Sida, véase <http://www.thebody.com/basics.html> o <http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm>

riesgo de desarrollar tuberculosis activa. Cuando una persona se infecta con el VIH y se infecta con tuberculosis latente, el riesgo de desarrollar una tuberculosis activa se estima entre un 5 y un 15% por año, en contraposición con el 10% de riesgo de por vida en aquellas personas que tienen una infección por tuberculosis pero que no están infectadas con el VIH. Esto significa que en un entorno carcelario donde tanto las infecciones de tuberculosis y VIH son comunes, las personas que viven con VIH tendrán un mayor riesgo de contraer y desarrollar la tuberculosis.

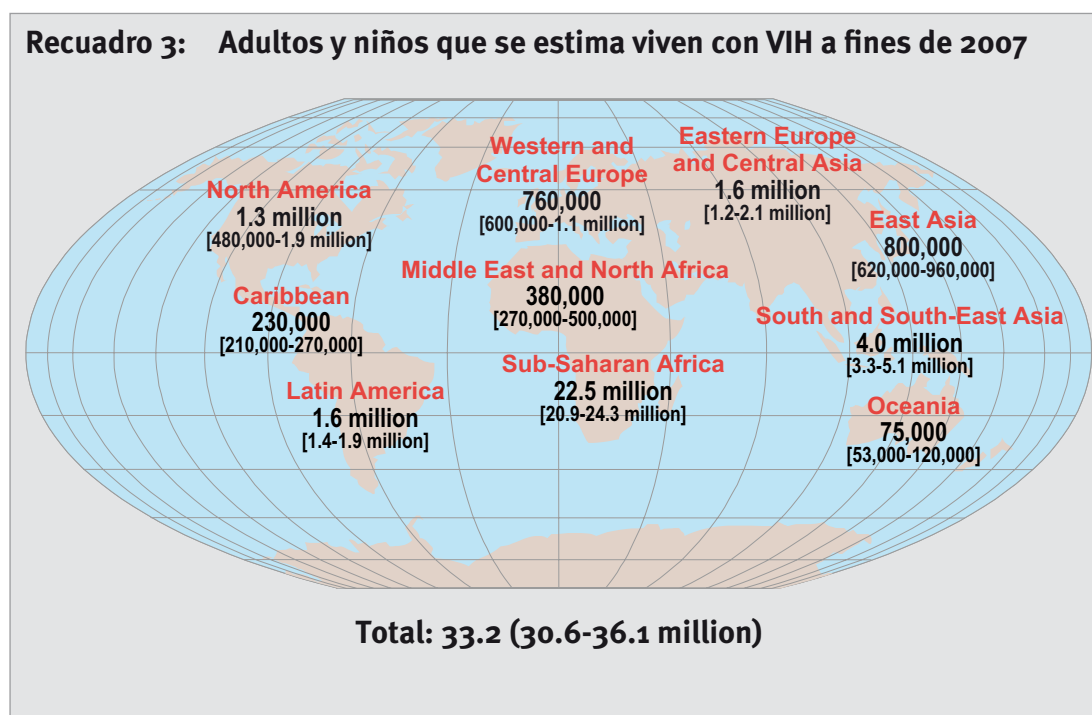
Vivir en un mundo con VIH

El VIH es uno de los problemas de salud pública más serios en el mundo. Se estima que cerca de 33 millones de personas viven con VIH y en 2007 se produjeron 2.5 millones de nuevas infecciones. Durante ese año, 2.1 millones de personas murieron de sida. Casi dos tercios de las personas con VIH viven en el África Sub-Sahariana, pero todas las regiones del mundo están afectadas con la epidemia. Las epidemias que crecen más rápido se observan actualmente en Europa Oriental y Asia Central. El VIH es un problema global que afecta a personas en todos los países.

¿Sabe cuántas personas con VIH viven en su país?



Para más información sobre la prevalencia del VIH a nivel mundial véase: ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia global de sida, 2007*. http://www.unaids.org/en/HIV_data/2007EpiUpdate/default.asp.



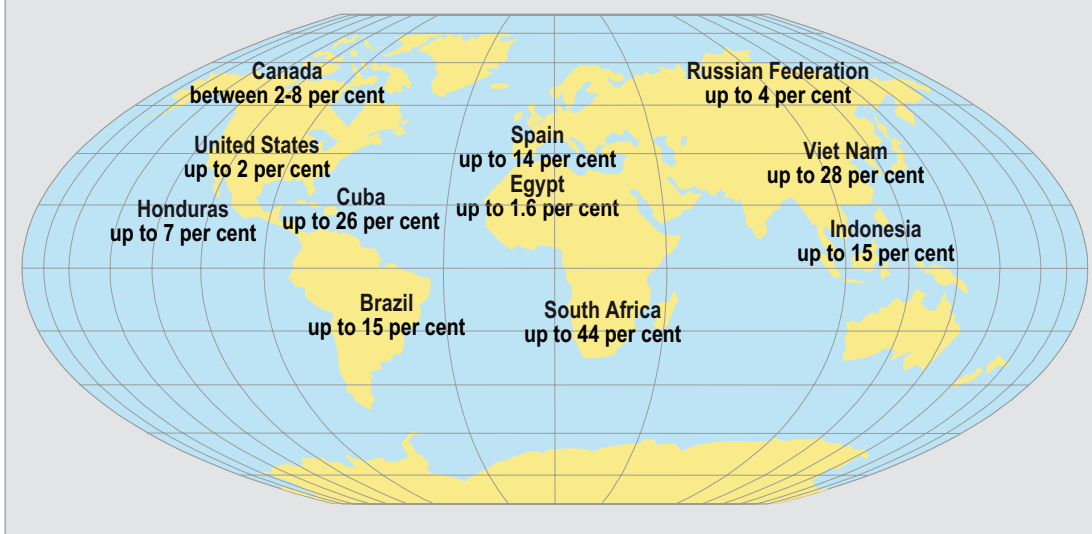
El VIH en las cárceles: un problema serio

El VIH es una amenaza seria para la salud de los 10 millones de personas en todo el mundo que se encuentran privadas de libertad. En la mayoría de los países, la infección con VIH entre la población carcelaria es mucho mayor que entre la que se encuentra fuera de las cárceles, pero la prevalencia de la infección de VIH en diferentes cárceles y diferentes países varía considerablemente. En algunos casos, la presencia de la infección por VIH en las cárceles es hasta 100 veces mayor que en la comunidad. Aún en países con grandes epidemias de VIH entre la población heterosexual, como por ejemplo en África, los estudios muestran que las tasas de infección por VIH en las cárceles son mayores que fuera de ellas.

Los siguientes son algunos ejemplos de lo que conocemos acerca de la epidemia de VIH en las cárceles:

- En la Federación de Rusia, a finales de 2002, el número registrado de personas que vivían con el VIH o el sida en el sistema penal sobrepasaba los 36.000 (4% de la población carcelaria), y representaba el 20% de los casos conocidos de VIH en el país.
- En Letonia, se estima que los internos comprenden un tercio de la población VIH positiva. En un estudio de 2003, la prevalencia de VIH fue del 6.2%.
- Estonia informó los resultados de cuatro estudios de prevalencia de VIH con tasas de entre el 8.8 y el 23.9%.
- En Indonesia, nueve estudios hallaron una tasa de prevalencia de entre 4% a 22% en 2001.
- En Vietnam, la información dada a conocer en 2000 indicaba que 22.161 privados de libertad habían obtenido un resultado positivo de VIH, con una prevalencia de 28.4%.

Recuadro 4: Información sobre la prevalencia del VIH en las cárceles de países seleccionados



- En Brasil, en varios estudios, la tasa de prevalencia oscilaba entre el 3.2% a más de 20%.
- Honduras reportó una prevalencia de 6.8% entre 2.028 privados de libertad en 1998/99.
- En Zambia, cuatro estudios revelaron tasas de prevalencia del VIH de entre el 16.1 al 27.2%.
- En Sudáfrica, de acuerdo a una estimación, la prevalencia del VIH en las cárceles era del 41.4% en 2002.
- En Europa Occidental, se han informado tasas particularmente altas de países en el sur de Europa — por ejemplo, 14% en España.
- En los Estados Unidos, se sabe que el 1.9% de los privados de libertad son VIH positivo. En unas pocas jurisdicciones, no obstante, las tasas son mucho más altas, en particular entre las mujeres. En Nueva York, por ejemplo, se sabe que el 7.3% de los hombres y el 14.6% de las mujeres que se encuentran privados de libertad son VIH positivos; y en Florida, 3.7% de los hombres en situación de encierro y 7.3% de las mujeres.
- En Canadá, en un gran número de estudios publicados entre 1989 y 2005, se han informado tasas de entre uno y 11.94%.

Las tasas de seroprevalencia de la Hepatitis C en las cárceles son aún más altas que las de VIH. La Organización Mundial de la Salud estima que el 3% de la población mundial ha sido infectada con el virus de la hepatitis C (VHC), pero según lo informado, la prevalencia del VHC en las prisiones oscila del 4.8% en una cárcel de la India al 92% en dos prisiones del norte de España.

Recuadro 5: Información básica sobre la hepatitis C

La Hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis C (VHC). El virus penetra en las células del hígado, utiliza la maquinaria genética interna de la célula para replicarse y luego infectar más células. En cerca del 15% de los casos, la infección de hepatitis C es aguda, es decir que el cuerpo la elimina espontáneamente y no hay consecuencias a largo plazo. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos (85%), la infección se vuelve crónica y lentamente va dañando el hígado a lo largo de los años. Con el tiempo, el daño hepático puede llevar a la cirrosis (formación de cicatrices) del hígado, a una enfermedad hepática terminal y a cáncer de hígado.

Al igual que el VIH y la hepatitis B, la hepatitis C se transmite por contacto con sangre (o fluidos corporales que contengan sangre) de personas infectadas. Esto puede ocurrir si una persona:

- Comparte agujas aunque sea una sola vez, implementos para aspirar drogas, pipas, cucharas y otros elementos relacionados con el consumo de drogas;
- Se hace un tatuaje o *piercing* o acupuntura y el operador no usa instrumentos esterilizados o utiliza elementos caseros o técnicas no estériles;

- Se pincha con una aguja que tiene sangre infectada;
- Nace de una madre que tiene hepatitis C;
- Comparte utensilios personales como la máquina de afeitar o el cepillo de dientes con una persona infectada.

Se ha demostrado que el VHC vive mucho tiempo fuera del cuerpo y en estado latente aún en superficies secas. Ciertas actividades que presentan un riesgo mínimo para la transmisión del VIH, como compartir cepillos de dientes o afeitadoras o elementos para aspirar cocaína, conllevan un riesgo mucho mayor de transmitir el VHC. Esto se debe al intercambio de pequeñas cantidades de sangre y la exposición externa (al aire, a la temperatura y a la luz) que mata al VIH pero puede no matar al VHC.

El riesgo de contraer VHC a través del contacto sexual no está bien establecido. Estudios recientes demuestran que es escasa la presencia de VHC en el semen y los fluidos vaginales. No obstante, se están realizando estudios al respecto y no hay conclusiones finales sobre la evaluación del riesgo de transmisión a través de la actividad sexual que no incluya la presencia de sangre.

El VIH no se transmite por contacto casual como abrazarse, besarse o estrechar la mano o estar cerca de alguien que estornuda o tose.

Dentro de la población carcelaria, ciertos grupos tienen mayores niveles de infección. En particular, las tasas de infección con VIH y VHC entre las mujeres tienden a ser más altas que entre los hombres. Se cree que se debe a que hay una concentración más alta de mujeres detenidas por delitos relacionados con las drogas.

Las altas tasas de VIH y VHC en las cárceles están a menudo acompañadas de tasas elevadas de tuberculosis (que puede incluir casos de tuberculosis resistente o multi-resistente), enfermedades de transmisión sexual, drogodependencia y problemas de salud mental.



Para mayor información sobre los porcentajes de VIH en los países a nivel mundial, véase el capítulo sobre "evidencia de la prevalencia de VIH en las cárceles" en OMS, ONUDOC, ONUSIDA (2007). (Revisión Amplia) *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Disponibles a través de: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>

¿Por qué son tan altos los porcentajes de VIH en las cárceles?

En primer lugar, muchas personas llegan a la cárcel ya infectadas con VIH.

En muchos países, los porcentajes de VIH son altos en las cárceles porque los porcentajes de infección con VIH son elevados entre los usuarios de drogas inyectables en la comunidad, y porque el uso de drogas inyectables se trata como un tema penal y no de salud —esto significa que muchos usuarios de drogas inyectables pasan muchos años de su vida entrando y saliendo de la cárcel.

En otros países, los porcentajes son altos porque también son elevados los porcentajes de VIH en la población en general.

Los grupos de mayor riesgo ante el VIH son también grupos que presentan un mayor riesgo de criminalización y encarcelación ya que muchas de las condiciones sociales y económicas (como la pobreza, un nivel bajo de educación y la vida en comunidades con escasa atención médica y minoritarias) que incrementan la vulnerabilidad al VIH también incrementan la vulnerabilidad al encarcelamiento.

En segundo lugar, las personas contraen VIH en la cárcel. Esto se debe a la prevalencia de conductas de riesgo (en particular, relaciones sexuales con y sin consentimiento y el uso de drogas inyectables). Sin embargo muchas cárceles todavía no han aplicado medidas de prevención del VIH como el suministro de preservativos y agujas y jeringas esterilizadas, que podrían reducir el riesgo de transmisión del VIH. Además el riesgo de transmisión puede aumentar por factores ambientales como el hacinamiento y la violencia.

¿Qué ocurre con el personal carcelario?

El personal carcelario adecuadamente capacitado y entrenado no tiene un alto riesgo de contraer infecciones como el VIH que se transmiten sólo por medio del contacto con sangre u otros fluidos corporales. Así como los trabajadores de la salud, el personal carcelario puede adoptar medidas simples y de rutina para reducir en gran medida la posibilidad de infectarse con el VIH como resultado de su exposición ocupacional; estas prácticas se denominan “precauciones universales”.

El personal carcelario debe ser capacitado en lo que hace al uso de las precauciones universales y se le debe suministrar los medios para que las cumplan.

En contraste con el VIH, otras enfermedades que prevalecen en las cárceles y que se transmiten mucho más fácilmente que el VIH — en particular la tuberculosis — presentan un riesgo real no sólo para el personal directamente, sino también para sus familias y para la comunidad en general.

Cuando el personal carcelario no está capacitado adecuadamente, tiende a reaccionar con miedo hacia las personas con VIH. Esto puede llevar a la estigmatización y discriminación de las personas que viven con VIH y de aquellas que se perciban como en riesgo de contraer VIH. La falta de información correcta sobre este virus, así como el miedo y la estigmatización, dificultan enormemente los esfuerzos de prevención. Es por lo tanto esencial que el personal carcelario tenga información correcta y coherente sobre los temas relacionados con el VIH.

El personal carcelario puede jugar un papel decisivo en la prevención, el tratamiento, la atención y los programas de apoyo del VIH en las cárceles. Su cooperación es vital para que los programas de VIH alcancen la meta de reducir la propagación del VIH entre los privados de libertad. Además, el personal carcelario también se puede beneficiar con estos programas. La baja en la prevalencia de infecciones en las cárceles significa que el riesgo de exposición a estas infecciones también bajará y en última instancia resultará un lugar de trabajo menos estresante.

¿Cuál es la relación entre el VIH en las cárceles y la comunidad fuera de la cárcel?

Hay un flujo constante de personas entre la comunidad y las cárceles. Con 30 millones de privados de libertad que son liberados y vuelven a la comunidad cada año, el aumento del porcentaje de enfermedades en las cárceles tiene serias consecuencias para toda la sociedad. Una preocupación central de la política de salud pública es reducir el grado en que las cárceles contribuyen a la epidemia de VIH (así como también a la hepatitis C y la tuberculosis). A menos que se tomen acciones urgentes, las cárceles continuarán incentivando la epidemia, provocando costos sociales y financieros enormes. La salud en la cárcel es una cuestión de salud pública.



Para una buena explicación del por qué la salud en la cárcel es salud pública, y sugerencias acerca de lo que se debe hacer para protegerla: Irish Penal Reform Trust (2004). Declaración de Dublín sobre el VIH/Sida en las Cárceles de Europa y Asia Central: *La Salud Carcelaria es Salud Pública*. Disponible en varios idiomas a través de www.iprt.ie

Véase también la "Declaración de Moscú" que reconoce la necesidad de un vínculo estrecho entre la salud pública y la atención médica en la cárcel: Organización Mundial de la Salud (Europa) (2003). *Moscow Declaration: Prison Health as part of Public Health*. Disponible en inglés, francés, ruso y alemán a través de www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1.

El VIH/Sida, los derechos humanos y la reforma carcelaria

Para encarar eficazmente el VIH en las cárceles no puede escindirse de temas más amplios como los derechos humanos y la reforma de las cárceles. En las cárceles las personas son vulnerables a las violaciones de los derechos humanos y son vulnerables al VIH. Las condiciones carcelarias, la forma en que se administran las cárceles y la política nacional tienen impacto sobre el VIH en las cárceles.

El hacinamiento, la violencia, la falta de ventilación y de luz natural y la ausencia de protección contra condiciones climáticas extremas son comunes en muchas prisiones del mundo. Cuando estas condiciones se combinan con una higiene personal inadecuada, una mala nutrición, falta de acceso al agua potable y la existencia de servicios de salud inadecuados, se incrementa la vulnerabilidad de los privados de libertad a la infección por VIH y a otras enfermedades infecciosas, como también se incrementa la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH. Estas condiciones pueden también complicar o debilitar la aplicación de respuestas eficaces al VIH por parte del personal carcelario. Por lo tanto, la acción para prevenir la propagación del VIH en las cárceles y brindar servicios de salud a los privados de libertad que viven con VIH es una parte integral de los esfuerzos más amplios por mejorar las condiciones carcelarias. Es por esta razón que los esfuerzos por detener la transmisión del VIH en las cárceles deben comenzar con la disponibilidad de medidas preventivas, pero también debe incluir reformas destinadas a abordar estas condiciones subyacentes.

La respuesta de cada país al VIH en las cárceles está influenciada tanto por las condiciones sociales y económicas, como por las tradiciones culturales, sociales y religiosas. Sin em-

bargo, estas condiciones nacionales y locales no reducen o niegan las obligaciones del gobierno de cumplir con las normas internacionales sobre cárceles, salud y derechos humanos. El derecho internacional es claro en cuanto a que la falta de recursos no excusa a un estado de sus obligaciones de brindar condiciones carcelarias adecuadas y humanitarias.

Existe un número de instrumentos y acuerdos internacionales vinculantes para los estados que los han ratificado, que son particularmente relevantes al VIH en las cárceles. De acuerdo a éstos:

- Todas las personas privadas de su libertad tienen derecho a ser tratadas con respeto y dignidad y a no ser sometidas a tratamiento cruel, inhumano o degradante o tortura;
- No se debe discriminar a los privados de libertad, pero deben ser separados de acuerdo a su sexo, edad y según sean reincidentes o no;
- El alojamiento en el cual viven los privados de libertad debe propiciar el mantenimiento de una buena salud, brindar acceso a duchas e instalaciones sanitarias y deben tener adecuada iluminación, ventilación y espacio;
- Los privados de libertad deben tener una dieta saludable adecuada y tener acceso a agua potable.

De manera más general, la comunidad internacional ha aceptado que los reclusos retienen todos los derechos que no se les niegan por el hecho de estar privados de libertad. La pérdida de la libertad ya es en sí misma el castigo, no la privación de los derechos humanos fundamentales. Como todas las personas, por lo tanto, los privados de libertad tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud. En el contexto del VIH/Sida, esto incluye el derecho a su prevención, apoyo, tratamiento y asistencia.



Para una lista de instrumentos relevantes sobre los derechos humanos véase: A Coyle. *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff.* (Un enfoque de derechos humanos en la administración carcelaria. Manual para personal carcelario) Londres: *International Centre for Prison Studies*, 2002. Disponible en varios idiomas vía <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/publications.html>

Para leer un artículo sobre el derecho a la salud de los privados de libertad según el derecho internacional sobre los derechos humanos véase: R Lines. *The right to health of prisoners in international human rights law.* *International Journal of Prisoner Health* 2008; 4(1): 3-53

Hay dos instrumentos internacionales adicionales que son relevantes para la situación de los privados de libertad en el contexto del VIH: la *Guía sobre la Infección de VIH y el sida en las cárceles* de la Organización Mundial de la Salud, que brinda normas a las autoridades carcelarias para prevenir la transmisión del VIH en las cárceles y brindar asistencia a aquellos que viven con VIH; y los *Lineamientos Internacionales sobre VIH/Sida y los Derechos Humanos*.

La *Guía sobre la infección de VIH y el sida en las cárceles* apareció en 1993. Confirma que “todos los prisioneros tienen derecho a recibir atención médica, incluyendo medidas

preventivas, equivalentes a las disponibles en la comunidad sin discriminación alguna” y que “los principios generales adoptados por los programas nacionales de sida se deben aplicar por igual a los privados de libertad y a la población general”.

Los *Lineamientos Internacionales sobre VIH/Sida y los Derechos Humanos*, publicados en 1998 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, identifican la siguiente acción específica en relación con las prisiones:

Las autoridades carcelarias, incluyendo el personal penitenciario, deben tomar todas las medidas apropiadas, incluso disciplinarias, para proteger a los privados de libertad víctimas de violación, violencia sexual y coerción. Las autoridades carcelarias deben brindar a los privados de libertad (y al personal carcelario, en la medida que sea necesario), acceso a información sobre prevención del VIH, educación, análisis voluntario y apoyo, medios de prevención (preservativos, lejía, y elementos de inyección limpios), tratamiento, asistencia y participación voluntaria en pruebas clínicas relacionadas con el VIH, así como asegurar la confidencialidad; también deberían prohibir los análisis obligatorios, la segregación y la denegación del acceso a las instalaciones carcelarias, privilegios y programas de liberación de privados de libertad cuyos análisis hayan dado positivo al VIH. Se debe considerar la liberación anticipada por causas humanitarias de privados de libertad que vivan con el sida.

Sólo unos pocos sistemas carcelarios han aplicado todas las medidas necesarias para contener la propagación de la infección de VIH en la cárcel y brindar el tratamiento, la asistencia y el apoyo necesarios. Esto puede deberse a una falta de conocimiento o de conciencia, a unas actitudes negativas hacia las personas con el VIH o vulnerables a la infección, u a otras barreras tales como recursos financieros inadecuados para las cárceles en general y específicamente, para el cuidado de la salud en las penitenciarias.

Este Grupo de herramientas ha sido desarrollado con el propósito de asistir a los sistemas carcelarios en todo el mundo a introducir programas globales de apoyo, prevención, tratamiento y asistencia, y para que puedan incrementar los mismos rápidamente, actuando en beneficio de la salud pública y de los derechos humanos de las personas privadas de libertad.



Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y ONUSIDA (nueva edición, 2006). *Los Lineamientos internacionales de la ONU para los Derechos Humanos y el VIH/Sida*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas. Disponible a través de <http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/guidelines.htm>. Véase en particular la recomendación 29 (e).

Organización Mundial de la Salud (1993). *Lineamientos de la OMS sobre la Infección de VIH y el sida en las cárceles*. Ginebra: OMS (WHO/GPA/DIR/93.3). Disponible a través <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>. Estos lineamientos de 10 páginas, escritos desde una perspectiva de salud pública, proponen normas para las autoridades carcelarias en sus esfuerzos por prevenir la transmisión del VIH y brindar asistencia a aquellos con VIH/Sida en las cárceles, y enfatizan que los privados de libertad tienen derecho a asistencia con respecto al VIH incluyendo una prevención equivalente al que tiene la comunidad en general fuera de las prisiones.

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles

Temas para los encargados de la formulación de políticas, los políticos y parlamentarios

**Módulo
2**

Este módulo está dirigido especialmente a los encargados de la formulación de políticas, los políticos y parlamentarios, quienes tienen la responsabilidad de redactar las políticas y leyes sobre las cárceles, la justicia penal y la salud. Esperamos que resulte útil para:

- Los Ministerios de Justicia, los Ministerios del Interior y otros Ministerios que se encargan de supervisar los temas penitenciarios, pero también para los Ministerios de Salud;
- Los parlamentarios que tengan interés en temas de justicia, correccionales y de salud;
- Los altos funcionarios de gobierno en los departamentos de justicia, interior, correccionales y salud;
- Los jueces, magistrados, fiscales y otras partes del estado dentro del sistema de justicia penal;
- Las organizaciones de la sociedad civil que tengan interés en los temas relacionados con las cárceles, el VIH y los derechos humanos;
- Los donantes que financian actividades con vistas a fortalecer la gobernabilidad, el estado de derecho y la adhesión a los derechos humanos así como actividades relacionadas con la promoción y protección de la salud.

En última instancia, esperamos poder proporcionarles a los políticos, parlamentarios y a los encargados de la formulación de políticas, los conocimientos necesarios para abordar mejor el tema del VIH en las cárceles; incrementar su compromiso para tratar este tema importante y conducirlos hacia la acción.

En primer lugar, este módulo proporciona información y antecedentes sobre el VIH en las cárceles. A continuación destaca cuatro formas en las que los políticos, legisladores y quienes formulan las políticas pueden hacer la diferencia:

- Al abordar los factores de riesgo específicos para la transmisión del VIH en las cárceles, mediante la introducción de medidas amplias de prevención del VIH;
- Al proporcionar en las cárceles servicios de salud que sean equivalentes a los provistos en la comunidad;
- Al mejorar las condiciones en las cárceles a través de reformas en el sistema penitenciario; y
- Al reducir las poblaciones en las cárceles.

Luego enumera las tres medidas prioritarias que deben tomar los políticos, los legisladores y quienes formulan las políticas:

1. Brindar liderazgo;
2. Reformar las leyes y políticas;
3. Incidir a favor de la obtención de mayores fondos.

Antecedentes

El VIH ha tenido un impacto significativo sobre la salud, la economía, el sistema educativo, el bienestar social, las fuerzas armadas y los servicios uniformados en muchos países. Los sitios de detención no son la excepción: en general, las tasas del VIH son más elevadas en las cárceles que en la comunidad en general. Además, aquellas personas privadas de su libertad corren un mayor riesgo de contraer VIH así como el VHC y la tuberculosis en las cárceles y, una vez liberadas pueden transmitir las infecciones a otros que se encuentran fuera de prisión.

Por lo tanto, es esencial que cada país desarrolle y aplique políticas y planes de acción sobre VIH en las cárceles sobre la base de los requerimientos del derecho y las normas internacionales, la evidencia científica y la experiencia en torno a las mejores prácticas. A fin de lograr ello, el requisito principal es que los gobiernos acepten las realidades sobre el modo en que las cárceles contribuyen al problema del VIH (y del HCV y la TB) y acuerden tomar las medidas necesarias para abordar el problema. La renuencia a hacerlo representaría una falla en la aceptación de que las cárceles juegan un papel importante en la prevención de VIH y en la provisión de tratamiento y atención.

¿Cuál es la realidad en las cárceles con relación al VIH?

En general, aquellos grupos de personas que corren un mayor riesgo de contraer VIH mientras están en la comunidad, se encuentran sobre representados en las cárceles. Como resultado de ello, el porcentaje de personas con VIH en las cárceles es a menudo mucho más elevado que en la comunidad.

Dentro de las cárceles, aquellos que se encuentran privados de su libertad pueden utilizar drogas y tener sexo pero con un acceso limitado a medidas de prevención del VIH (por ejemplo, preservativos y elementos esterilizados para inyectarse) y sin la educación para la salud que está disponible para la gente fuera de la cárcel.

Los comportamientos sexuales sin protección son algo generalizado y los reclusos tienen sexo (forzado o consentido) entre ellos y, a veces, con el personal penitenciario.

El consumo de drogas también se encuentra ampliamente difundido en muchos países, lo que incluye el uso de drogas inyectables, compartiéndose elementos contaminados para su inyección.

Aún en los países con un alto nivel de ingresos no se ha podido erradicar el uso de drogas en las cárceles. En realidad, algunas de las medidas introducidas para disuadir el uso de las drogas pueden llegar a incrementar y no precisamente a reducir el riesgo de infección con VIH.

Otros factores de riesgo incluyen el hecho de compartir o reutilizar los elementos usados para el tatuaje o el *piercing* en el cuerpo, también el compartir afeitadoras, los rituales de “hermandad” o de sangre, y la esterilización inapropiada o la reutilización de instrumentos médicos u odontológicos.

Los factores relacionados con la infraestructura penitenciaria y la gestión de las cárceles contribuyen indirectamente a la vulnerabilidad al VIH. Ello incluye el hacinamiento, la violencia, las actividades de las bandas, la falta de protección para los jóvenes privados de libertad o vulnerables, una falta de capacitación entre el personal penitenciario que también puede ser corrupto, y servicios médicos y sociales deficientes.

Como resultado de todos estos factores, el riesgo de la infección por VIH en las cárceles puede ser elevado. Se han dado serios brotes de VIH en las penitenciarías de varios países.

¡Usted puede incidir!

Existen cuatro elementos clave para prevenir el VIH/Sida y responder ante ésta y otras infecciones tales como la hepatitis B y C y la tuberculosis en las cárceles:

- Introducir medidas integrales de prevención del VIH;
- Proporcionar en las cárceles servicios de salud que sean equivalentes a los que se brindan en la comunidad, lo que incluye el suministro de antirretrovirales;
- Mejorar las condiciones en las cárceles y realizar otras reformas en ellas;
- Reducir las poblaciones en las cárceles.

Introducción de medidas integrales de prevención del VIH

Es urgente que los gobiernos nacionales adopten programas o expandan aquellos ya existentes para la prevención del VIH en las cárceles. Dichos programas deberían incluir todas las medidas contra la transmisión del VIH que se llevan a cabo en la comunidad fuera de las cárceles, y que incluye lo siguiente:

- Educación sobre VIH y el sida;
- Análisis y asesoramiento voluntarios sobre VIH;
- Entrega de preservativos y prevención de violaciones, violencia sexual y coerción;
- Tratamiento de la dependencia de drogas, especialmente el tratamiento por sustitución;
- Medidas que pueden reducir la demanda y el suministro de drogas en las cárceles;
- Suministro de agujas y jeringas y, como estrategia de segunda línea, si no fuese posible aún la entrega de agujas y jeringas, la provisión de cloro y otros desinfectantes;
- Programas para la detección y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; y
- Medidas preventivas para evitar la transmisión de madre a hijos entre las mujeres privadas de su libertad.

Todas estas intervenciones contribuyen a reducir el riesgo de transmisión del VIH en las cárceles y algunos también reducen el riesgo de transmisión de la hepatitis C. Se ha

demostrado que no tienen consecuencias negativas no deseadas. La evidencia científica disponible sugiere que pueden extenderse estos proyectos piloto para convertirse en programas nacionales. En última instancia, como la mayoría de los privados de libertad deja las cárceles en algún momento para retornar a sus comunidades, el hecho de aplicar estas medidas los beneficiaría no solamente a estos y al personal penitenciario sino también a la sociedad en su conjunto.

Además de programas sobre VIH y hepatitis C, también son importantes aquellos destinados a evitar la propagación de hepatitis B y tuberculosis.

Información y educación

La educación es una precondition esencial para la aplicación de medidas de prevención del VIH en las cárceles. La Organización Mundial de la Salud en su *Guía sobre la infección con VIH/Sida* en las cárceles recomienda que tanto los reclusos como el personal penitenciario estén informados sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH. Los materiales impresos deben ajustarse al nivel educativo imperante entre la población carcelaria. Además, los internos y el personal deben participar en el desarrollo de material educativo. Finalmente, los mismos pares pueden jugar un papel vital en educar a otros reclusos.

Sin embargo, la información y la educación no alcanzan para responder ante el VIH en las cárceles. Algunas evaluaciones han indicado mejoras en los niveles de conocimiento y cambios en el comportamiento auto informado como resultado de las iniciativas educativas en las cárceles. Pero la educación y el asesoramiento no resultan de gran utilidad para las personas privadas de libertad si no cuentan con los medios para actuar (por ejemplo, los preservativos y elementos limpios para inyectarse la droga) en base a la información que se les ha suministrado.



A fin de obtener mayores detalles (y referencias completas) sobre los programas de información y educación y sobre todas las demás intervenciones en este módulo véase:

OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). [Comprehensive review.] *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>

Asesoramiento y diagnóstico de VIH

El asesoramiento y diagnóstico son importantes por dos razones:

- Como parte del programa de prevención del VIH (le brinda a aquellos que puedan estar comprometidos en prácticas de riesgo información y el apoyo necesarios para provocar un cambio de comportamiento); y
- Como forma de brindarle un diagnóstico a aquellos que viven con VIH y ofrecerles tratamiento, atención y ayuda adecuados.

En la práctica, muchas veces el análisis del VIH en las cárceles se encuentra disponible a demanda pero solamente en algunos sistemas hay servicios de asesoramiento y la posibilidad de realizarse análisis en forma voluntaria. En algunos otros sistemas, el análisis del VIH se efectúa en forma rutinaria o aún obligatoria. En la *Guía sobre la infección con VIH y el sida en las cárceles* de la Organización Mundial de la Salud se establece lo siguiente (traducción no oficial):

10. No resulta ético ni eficaz el análisis obligatorio del VIH para personas privadas de la libertad por lo que éste debe prohibirse.
11. El análisis voluntario de VIH debe encontrarse disponible en las cárceles cuando lo está en la comunidad, junto con asesoramiento adecuado tanto antes como después de realizado el estudio. El análisis voluntario debe efectuarse únicamente con el consentimiento informado de la persona privada de la libertad. Es necesario brindar apoyo a los reclusos cuando se les notifica el resultado de los análisis y con posterioridad a ello.
12. Los resultados de los análisis se comunicarán a los reclusos a través del personal sanitario quien debe asegurar la confidencialidad médica.

Existe evidencia que sugiere que el análisis obligatorio de VIH y la segregación de las personas privadas de la libertad con VIH son costosos, ineficientes y pueden tener consecuencias negativas sobre la salud de los internos segregados. Por lo tanto, el análisis de VIH en las cárceles siempre debe ser voluntario y todos aquellos a quienes se les efectúa el análisis deben brindar su consentimiento informado y recibir asesoramiento tanto antes como después de realizarse el análisis.

Recuadro 6: Los efectos negativos de los análisis obligatorios y la segregación

Los análisis obligatorios y la segregación pueden tener consecuencias negativas sobre la salud de los internos segregados. En una cárcel de Carolina del Sur, Estados Unidos, el hecho de segregar a los internos con VIH contribuyó a un brote de tuberculosis en el cual el 71% de los internos residentes en la misma área de alojamiento tuvieron una reacción positiva al Mantoux o desarrollaron la enfermedad de la tuberculosis. Treinta y un reclusos y un estudiante de medicina en el hospital de la comunidad desarrollaron luego una tuberculosis activa.

Los sistemas penitenciarios deberían ofrecer asesoramiento y análisis voluntarios para el VIH a todas las personas privadas de libertad que ingresan a la cárcel. Además, como el ingreso es un momento de estrés y, muchos privados de libertad quizás no quieran hacerse el análisis de VIH en ese momento, el mismo debería estar a disposición de los internos en cualquier momento para que puedan conocer su condición frente al VIH. Así los internos con VIH pueden beneficiarse del acceso al tratamiento (lo que incluye tratamiento antirretroviral), la atención y asistencia.

El análisis y asesoramiento en relación con el VIH deberían estar estrechamente vinculados con el acceso a tratamiento, atención y asistencia de aquellos con VIH y ser parte de

un programa de prevención amplio del VIH que incluya el acceso a las medidas de prevención de este virus. Tal como se mencionó más arriba, muchas personas privadas de la libertad, incluyendo aquellos que conocen su condición frente al VIH, participan en actividades que implican un riesgo de transmisión del VIH. El conocimiento de su condición frente al VIH no es suficiente para evitar la transmisión cuando no tienen a su alcance en la cárcel los medios que permitirían a la persona tomar medidas para reducir el riesgo.



A fin de obtener mayores detalles y otras referencias, véase OMS, UNODC, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: HIV Care, Treatment and Support. Evidence for Action Technical Papers*. En: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Suministro de preservativos y prevención de la violación, la violencia sexual y la coerción

Dado que se reconoce que las relaciones sexuales suceden en las cárceles y que implican el riesgo de transmisión de enfermedades, se recomienda sin duda la entrega de preservativos. En una fecha tan temprana como 1993, en su *Guía sobre la infección con VIH y el sida en las cárceles*, la Organización Mundial de la Salud, recomendó la distribución de preservativos a los internos “durante todo su periodo de detención” y “con anterioridad a cualquier licencia o liberación”.

Ya en 1991, 23 de los 52 sistemas penitenciarios vigilados por la Organización Mundial de la Salud proporcionaba preservativos a los reclusos. Hoy en día, muchos más sistemas penitenciarios hacen lo mismo, inclusive la mayoría de los sistemas en Europa Occidental, Canadá y Australia, algunas cárceles en los Estados Unidos, en partes de Europa Oriental y Asia Central y en países como Brasil, Sudáfrica, Irán e Indonesia.

Existen pruebas de que los preservativos pueden entregarse en una amplia gama de entornos carcelarios—inclusive en aquellos países en que se penaliza el acto sexual entre personas del mismo sexo— y que los reclusos usan los preservativos para evitar la transmisión del VIH durante la actividad sexual cuando logran obtenerlos en la cárcel. Ninguno de los sistemas carcelarios que ha permitido el uso de preservativos ha revertido su política y ninguno ha informado sobre problemas de seguridad o alguna otra consecuencia negativa de importancia. En particular, se ha hallado que el acceso al preservativo no representa amenaza alguna a la seguridad o a las operaciones, no conduce a un incremento en la actividad sexual y es aceptado por la mayoría de los internos y funcionarios penitenciarios una vez que se ha introducido su uso en la cárcel.

Sin embargo, en algunos países donde existen sanciones legales contra la sodomía en la comunidad externa a la cárcel, y donde hay creencias y prejuicios profundamente arraigados contra la homosexualidad, la introducción de preservativos en las cárceles como medida de prevención del VIH puede requerir una muy buena preparación previa. Ello puede hacerse a través de la educación e información sobre el propósito de introducir los preservativos así como de las iniciativas para contrarrestar el estigma que enfrentan las personas que tienen relaciones con personas de su mismo sexo.

Recuadro 7: Responsabilidad potencial de los sistemas penitenciarios por no suministrar preservativos

La responsabilidad potencial de las autoridades correccionales en los tribunales civiles por no proveer preservativos quedó ilustrada por una conciliación económica extra judicial obtenida por un ex privado de libertad sudafricano. El sostuvo que había contraído VIH a través del acto sexual mientras se encontraba privado de su libertad entre 1993 y 1994. En Sudáfrica se introdujeron los preservativos en las cárceles en 1996. Argumentó que las autoridades no alertaban a las personas privadas de libertad sobre los riesgos de tener sexo sin protección ni tampoco proveían preservativos. El Departamento Sudafricano de Servicios Penitenciarios negó toda responsabilidad dentro de esta conciliación.

En 1994, en Nueva Gales del Sur (Australia), 52 reclusos iniciaron acciones legales, cuestionando así al Departamento de Políticas que en ese momento prohibía la entrega de preservativos. Antes de finalizado el juicio, se introdujo la distribución de preservativos a modo de prueba piloto. Luego del éxito de la distribución de preservativos en tres cárceles de Nueva Gales del Sur, se comenzaron a distribuir en todo el país y más tarde el proceso de evaluación demostró los resultados positivos de esta campaña.

Finalmente, aunque el hecho de suministrar preservativos en las cárceles es importante, no resulta suficiente para abordar el riesgo de la transmisión de VIH por vía sexual. Existen pruebas de que la violencia, lo que incluye el abuso sexual, es común en muchos sistemas penitenciarios. En muchas cárceles sería contraproducente no darse cuenta que la prevención del VIH depende tanto o más de la reforma carcelaria y penal que de los preservativos. La reforma carcelaria y penal debe encargarse de reducir enormemente las poblaciones carcelarias para que los pocos y muchas veces mal pagos custodios puedan proteger a las personas privadas de libertad vulnerables de la violencia — y de la coerción sexual.

La Guía sobre la infección con VIH y el sida en las Cárceles y los Lineamientos Internacionales sobre VIH/Sida y los Derechos Humanos destacan que las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de combatir un comportamiento sexual agresivo como, por ejemplo, la violación, la explotación de los internos vulnerables y toda otra forma de victimización de los reclusos, mediante la provisión de un nivel de personal adecuado, una vigilancia efectiva, sanciones disciplinarias, educación y programas de trabajo y para el tiempo libre. También se necesitan intervenciones estructurales tales como una mejor iluminación, mejores duchas y dormitorios.



Para obtener mayores detalles y referencias véase: OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Tratamiento por sustitución y otros tratamientos contra la drogodependencia

Tal como se refleja más arriba, muchos internos en diferentes países del mundo consumen drogas mientras están privados de su libertad. Ello se debe —al menos en parte— al hecho de que una proporción importante de internos son usuarios de drogas.

En la ausencia de un tratamiento efectivo contra la drogodependencia, es probable que un porcentaje elevado de internos siga consumiendo drogas y persistiendo en prácticas delictivas — y muchos correrán el riesgo de contraer VIH durante o después de su permanencia en la cárcel.

Todas las formas de tratamiento contra la drogodependencia tienen algún impacto sobre los riesgos de transmisión del VIH pero son justamente los programas de tratamiento por sustitución que tienen el mayor potencial de reducir el consumo de drogas inyectables y el riesgo de propagación de la infección como resultado del uso de drogas inyectables. Dichos programas que consisten en recetar una droga que tenga una acción similar a la droga utilizada en forma ilegal pero con un menor riesgo, se han establecido en las cárceles de un número creciente de países en todo el mundo, inclusive en una serie de sistemas penitenciarios de Europa Oriental o en países como Indonesia o Irán. Los estudios demuestran que, si la dosis es adecuada y el tratamiento se brinda durante el tiempo de permanencia de los reclusos en las cárceles, se reduce la inyección de drogas y la cantidad de agujas compartidas así como la propagación de VIH y de otras infecciones transmitidas por la sangre. Además existen beneficios adicionales que vale la pena mencionar tanto para la salud de los reclusos que participan en los programas así como también para los sistemas penitenciarios y para la comunidad en general. Por ejemplo:

- El tratamiento por sustitución tiene un efecto positivo sobre el comportamiento institucional pues reduce la búsqueda de drogas y, por ende, mejora la seguridad física y general en las cárceles;
- Es significativamente menor la posibilidad de volver a la cárcel entre aquellas personas privadas de libertad que recibieron tratamiento por sustitución.

En las cárceles se están aplicando otras modalidades diferentes de tratamiento para la drogodependencia, lo que incluye métodos de comunidad terapéutica y atención psicológica grupal. Aunque no son tantas las pruebas que demuestran su efectividad en la prevención del VIH, algunos de estos programas también han mostrado resultados promisorios, en especial si existió una buena planificación para la liberación y el seguimiento

“La terapia de sustitución y mantenimiento es una de las opciones de tratamiento más eficaces para la dependencia de los opiáceos. Puede disminuir el elevado costo de la dependencia para las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto al reducir el consumo de heroína, las muertes asociadas a dicho consumo, los comportamientos riesgosos para el VIH y la actividad delictiva. La terapia de sustitución y mantenimiento es un componente decisivo de los enfoques basados en la comunidad para el manejo de la dependencia de los opiáceos y en la prevención de la infección por VIH entre los consumidores de drogas inyectables.”

ONUSIDA, OMS, UNODC, 2004

posterior. Sin embargo, mientras la cárcel brinda una oportunidad para aplicar otros tratamientos para la drogodependencia, el tratamiento en la penitenciaría nunca será una alternativa viable al tratamiento dentro de la comunidad por los elevados costos que implican las penitenciarías. Los estudios realizados sugieren que las otras alternativas como, por ejemplo, el tratamiento de la adicción dentro de la comunidad, pueden resultar más eficaces en función de los costos para reducir las implicancias sociales, económicas y de salud que trae aparejado el consumo de drogas ilegales.

Por último, debe ser una prioridad la reducción de la cantidad de personas privadas de la libertad por problemas relacionados con el consumo de drogas (véase más abajo la sección sobre la reducción de las poblaciones carcelarias).



Para obtener mayores detalles y referencias véase: OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Estrategias para reducir la oferta y demanda de drogas

Además del tratamiento para la drogodependencia, la adopción de otras estrategias para reducir la oferta y demanda de drogas en las cárceles puede colaborar en los esfuerzos por evitar la transmisión del VIH en las prisiones. Sin embargo es importante observar desde el inicio, que es poco probable que dichos esfuerzos eliminen el consumo de drogas en las cárceles. En realidad, aún los sistemas penitenciarios que asignan una gran parte de sus recursos financieros a dichos esfuerzos no han logrado eliminar el consumo de drogas. Por lo tanto, estos esfuerzos no podrán reemplazar las otras medidas descriptas más arriba sino que deben complementarlas.

Estrategias para reducir la demanda de drogas

La investigación demuestra que una de las razones por las que un número relativamente grande de personas en muchos sistemas penitenciarios consume drogas cuando está privado de su libertad es para combatir el aburrimiento, la alienación, el estrés y promover la relajación. Esto sugiere que, además del tratamiento para la dependencia de drogas, una de las formas más eficaces de reducir la demanda de drogas es mejorar las condiciones en las prisiones — la necesidad de reformas penitenciarias— y ofrecer actividades más significativas en las cárceles. El hecho de brindarle a los internos una oportunidad para trabajar y/o estudiar mientras se encuentran detenidos, o la posibilidad de practicar deportes, hacer teatro y tener actividades espirituales y culturales que apunten a brindarle a la gente una manera saludable de emplear su tiempo puede tener un efecto positivo sobre los comportamientos riesgosos, especialmente cuando ello se complementa con una educación apropiada para prevenir el consumo de drogas.

Otra estrategia cada vez más frecuente para reducir la demanda de drogas consumidas en los sistemas penitenciarios, especialmente en países con abundantes recursos,

es establecer la denominada unidad “libre de drogas”. Estos pabellones “libres de drogas” son unidades independientes dentro de una cárcel que se concentran en limitar la disponibilidad de drogas y que son habitadas por reclusos que voluntariamente han firmado un contrato en el que prometen no consumir drogas. En algunas instancias, se concentran únicamente en la interceptación de la droga a través de mayores requisas mientras que otros sistemas aplican un enfoque multifacético que combina medidas de interceptación de la droga con servicios de tratamiento. Las unidades “libres de drogas” pueden colaborar en los esfuerzos por combatir la propagación del VIH en las cárceles si estas unidades resultasen en un menor consumo de drogas, especialmente de drogas inyectables. A partir de un número pequeño de estudios se sabe que las denominadas unidades “libres de droga” reducen significativamente el consumo de drogas entre los residentes de estas unidades. Dichas unidades resultan del agrado de una gran cantidad de reclusos, incluyendo aquellos que no tienen problemas de drogas y que quieren vivir en un entorno “libre de drogas”. Sin embargo, los estudios no dicen nada respecto de si dichas unidades son del agrado de los reclusos y si resultan exitosas en retener a los consumidores más problemáticos, en especial los reclusos que se inyectan drogas. En la actualidad no existen datos sobre la efectividad de las unidades libres de drogas como estrategia de prevención del VIH.

Estrategias para reducir la oferta de drogas

Puede utilizarse una amplia gama de técnicas y procedimientos de requisa y secuestro en un intento por reducir la disponibilidad de drogas en las cárceles. Las medidas para reducir la oferta incluyen, entre otras: requisas por parte del personal de seguridad; escaneo y requisa del personal y de las visitas que entran/salen; perros para detectar droga; monitoreo mediante circuito cerrado; medidas de seguridad en el perímetro (redes sobre los patios donde se practican deportes, cercos internos más elevados para evitar los proyectiles; una rápida respuesta de los vehículos que patrullan el perímetro de la cárcel); compra de bienes solamente a proveedores debidamente aprobados; analistas de inteligencia en cada institución; tecnologías de detección de drogas (tales como escáneres de iones, máquinas de rayos X, etc.); modificaciones al diseño y distribución de las áreas para visitas (uso de mobiliario fijo o bajo); y análisis para detectar drogas (también denominados urálisis).

Muchos sistemas penitenciarios, especialmente en aquellos países que cuentan con abundantes recursos, han enfatizado considerablemente estas medidas para reducir la oferta de drogas. Mientras estas medidas no apuntan a abordar el tema del VIH en las cárceles pueden resultar en consecuencias no deseadas para los esfuerzos que se realizan para prevenir el VIH (y VHC). Las medidas de interceptación de drogas pueden colaborar en los esfuerzos de prevención de VIH al reducir la oferta de drogas y el uso de drogas inyectables en las cárceles. Al mismo tiempo pueden dificultar tales esfuerzos.

Por ejemplo, varios de los sistemas carcelarios que tienen abundantes recursos realizan análisis de orina al azar o en forma sistemática entre los reclusos para detectar el consumo ilegal de drogas. Aquellos reclusos que hayan consumido drogas ilegales pueden recibir sanciones. Desde el punto de vista de la salud pública, se ha planteado la preocupación de que estos programas pueden incrementar en lugar de disminuir el riesgo de

infección por VIH entre los internos. Existe evidencia de que la aplicación de dichos programas puede contribuir a reducir la demanda y el consumo de marihuana en las cárceles y sin embargo, parecen haber tenido poco efecto sobre el consumo de opiáceos. En realidad, hay hechos que demuestran que una pequeña cantidad de personas puede pasar a consumir drogas inyectables para evitar la detección de marihuana a través de los análisis respectivos. La marihuana puede rastrearse en la orina durante más tiempo (hasta un mes después de su consumo) que las drogas inyectables como la heroína y los opiáceos. Algunos reclusos eligen inyectarse drogas en lugar de correr el riesgo de ser sancionados por fumar marihuana simplemente para minimizar el riesgo de la detección y el castigo. Dada la escasez de agujas y jeringas esterilizadas y la frecuencia con que se comparten las agujas en las cárceles, el cambio al consumo de drogas inyectables puede tener severas consecuencias sobre la salud de los reclusos.

Recuadro 8: Impacto del análisis para detectar el consumo de drogas: el ejemplo de Canadá

Un estudio realizado por el Servicio Correccional de Canadá en 2001 halló que entre 1996 —cuando se aplicó en el ámbito nacional el programa de análisis para detectar el consumo de drogas— y el año 2000, el porcentaje de muestras que daban positivo en el consumo de drogas no varió mucho (11% a 12%). Al mismo tiempo, el porcentaje de personas privadas de libertad que se negaba a someter una muestra al azar durante los análisis para detectar drogas se incrementó significativamente, del 9% al 14%. En especial en aquellas instituciones de máxima seguridad, la tasa de negación se incrementó del 16% en 1996 al 29% en 2000 aunque las regulaciones establezcan que las sanciones por negarse a proporcionar una muestra son idénticas a aquellas que se aplican cuando la muestra da positivo en cuanto al consumo de drogas.

Generalmente, y a pesar de que muchos sistemas carcelarios han hecho inversiones importantes en las medidas para reducir la oferta de drogas, hay poca evidencia empírica que sea sólida y coherente para confirmar la eficacia en la reducción de los niveles de consumo de droga. En particular, no existen pruebas de que estas medidas puedan conducir a un menor riesgo de VIH.

Los sistemas carcelarios que enfrentan restricciones en sus recursos no deben, por ende, aplicar medidas costosas tales como las tecnologías de detección de drogas y de análisis para detectar la presencia de drogas que pueden llegar a agotar una cantidad considerable de recursos financieros y humanos y que podrían utilizarse para abordar el tema del VIH en las cárceles. Deberían en cambio focalizarse en las medidas de prevención del VIH ya comprobadas y eficaces en función de los costos que se describieron más arriba y en los esfuerzos por mejorar las condiciones en las cárceles y las condiciones de trabajo y los salarios del personal penitenciario sin el cual será poco probable que las estrategias de reducción de la oferta resulten exitosas.

Uso de cloro y otras estrategias de desinfección

Una posible estrategia para reducir el riesgo de transmisión del VIH por compartir los elementos de inyección es proporcionar cloro y otros desinfectantes para esterilizar las

Recuadro 9: Aplicación, costos y evaluación de las estrategias para reducir la oferta de drogas

Un estudio australiano examinó la aplicación, los costos y la evaluación de las estrategias para reducir la oferta y demanda de drogas, así como el daño que ellas causan en las cárceles australianas (Black, Dolan, y Wodak, 2004). Llegó a la conclusión de que “las estrategias de reducción [perros detectores de droga y uríálisis] eran relativamente costosas, que no habían sido evaluadas y que posiblemente tuvieran consecuencias negativas no deseadas”. En contraste con ello, halló que las estrategias para reducir la demanda y los daños resultaban relativamente poco costosas y que las evaluaciones efectuadas habían sido favorables.”



Para mayores detalles y referencias, véase OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers*. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

agujas y las jeringas. Los programas de suministro de cloro han recibido apoyo especialmente en situaciones donde la oposición a los programas de aguja y jeringa ha sido más fuerte, inclusive en las cárceles.

El cloro es un producto que está disponible en muchos sistemas carcelarios en Europa Occidental, Canadá, Australia, Indonesia, Irán, y algunos sistemas de Europa Oriental y Asia Central.

Las evaluaciones realizadas de los programas de suministro de cloro en las cárceles han demostrado que su distribución es factible en dichas instalaciones y no compromete la seguridad. Sin embargo, los estudios en la comunidad han planteado dudas sobre la eficacia del cloro para descontaminar los elementos de inyección y, además, las condiciones reinantes en las cárceles reducen la probabilidad de que los elementos de inyección puedan ser efectivamente descontaminados. Ello se da porque el tipo de jeringas disponibles en las cárceles son mucho más difíciles de desinfectar con cloro, y porque la limpieza es un procedimiento que lleva su tiempo y los internos son reticentes a participar en cualquier actividad que aumente el riesgo de que el personal penitenciario sea alertado sobre el uso de drogas.

“Es poco probable que los internos le dediquen 45 minutos a agitar las jeringas para limpiarlas mientras esperan en algún rincón oculto de la cárcel para inyectarse. Por ende, el cloro puede crear una falsa sensación de seguridad entre los reclusos que comparten su parafernalia. La eficacia de los procedimientos de desinfección... depende en gran medida del método que se utilice. La eficacia varía y la desinfección se considera una estrategia de segunda línea en relación con los programas de intercambio de agujas y jeringas.”

OMS Europa, 2005

Por lo tanto, los programas para el suministro de cloro deben existir en las cárceles pero sólo como una estrategia de segunda línea en relación con los programas de agujas y jeringas hasta tanto pueda superarse la oposición a estos programas, o como complemento de ellos.



Para mayores detalles y referencias, véase OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons. Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Evidence for Action Technical Papers*. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Programas de agujas y jeringas

Ha producido controversia la introducción de los programas de agujas y jeringas en las cárceles. Sin embargo, los estudios han demostrado con certeza que estos programas en la comunidad son uno de los componentes más importantes, sino el más importante, en los esfuerzos que se realizan por reducir la propagación del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Más recientemente se han comprobado los buenos resultados obtenidos en las cárceles.

Los programas de agujas y jeringas se han introducido con éxito en una amplia gama de entornos carcelarios, lo que incluye cárceles para hombres y mujeres, penitenciarías en todos los niveles de seguridad, cárceles grandes y chicas, prisiones donde los reclusos viven en celdas individuales e instalaciones tipo barracas. Se han aplicado en países donde los sistemas penitenciarios cuentan con recursos relativamente abundantes así como también en cárceles que tienen menos fondos e infraestructura como es el caso de Europa Oriental y Asia Central.

Se ha comprobado que el suministro de agujas y jeringas esterilizadas tiene buena aceptación entre los consumidores de drogas inyectables en las cárceles y que contribuye a una importante reducción en el uso de jeringas compartidas y, por ende, en las infecciones por VIH. Al mismo tiempo no ha tenido consecuencias negativas serias y no deseadas. El consumo y la inyección de drogas no se incrementaron y nunca se han utilizado las agujas como armas. Las evaluaciones hallaron que la provisión de agujas y jeringas en las cárceles en realidad facilita la derivación de los usuarios de drogas hacia los programas de tratamiento para la drogodependencia. A fin de tener éxito, las personas privadas de libertad deben tener un acceso fácil y confidencial a los programas de agujas y jeringas, y tanto los internos como el personal penitenciario deberían recibir información y educación sobre los programas y participar en su diseño e aplicación.

Por ende, es urgente la introducción de programas de agujas y jeringas en las cárceles de aquellos países que están sufriendo o se ven amenazados por una epidemia de VIH entre los consumidores de drogas inyectables. La experiencia ha demostrado que, a fin de superar las objeciones hacia estos programas, deberían introducirse como proyectos piloto experimentales y ser cuidadosamente evaluados. Sin embargo, esto no debería retrasar la rápida expansión de los programas a otras cárceles.



Para mayores detalles y referencias, véase OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Evidence for Action Technical Papers*. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Es importante la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades de transmisión sexual pues estas infecciones aumentan las posibilidades de que una persona transmita o se contagie el VIH. Las enfermedades de transmisión sexual que alteran la integridad de la piel o de las mucosas pueden producir sangrados, incrementando así la susceptibilidad de infección por el VIH. Por ello se recomienda que los sistemas carcelarios, junto con los ministerios de salud y las autoridades de salud pública, desarrollen un programa amplio para la identificación y el tratamiento tempranos de las enfermedades de transmisión sexual a fin de reducir su incidencia y presencia en las cárceles.

Control de la propagación de la tuberculosis

En algunos países, se ha estimado que la tuberculosis es 100 veces más común en las cárceles que en la comunidad. Cuando la tuberculosis aparece en las prisiones siempre resulta un problema importante para la salud. Las condiciones de vida deficientes en las cárceles, lo que incluye el hacinamiento, una ventilación insuficiente y una nutrición inadecuada, dificultan más cualquier intento por controlar la propagación de la tuberculosis en estos lugares. Además, las cárceles en lugares geográficos muy dispersos (desde Tailandia hasta el Estado de Nueva York y Rusia) han informado elevados niveles de tuberculosis resistente a los fármacos. La tuberculosis representa un riesgo importante para la salud de todas las personas privadas de libertad, el personal penitenciario y la



Para obtener información completa sobre el control de la tuberculosis en las cárceles véase:

Organización Mundial de la Salud y Comité Internacional de la Cruz Roja (2001). *El Control de la Tuberculosis en las Prisiones: Manual para Directores de Programas*. Disponible en inglés, español y ruso en <http://www.who.int/docstore/gtb/publications/prisonsNTP/>

J. Veen. Tuberculosis control in prisons. En: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2007). *Health in Prisons – A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*. Disponible en inglés y ruso en www.euro.who.int/prisons

OMS (2007). *The Status Paper on Prisons and Tuberculosis*. Disponible en <http://www.euro.who.int/Document/E89906.pdf>

Para obtener información sobre el programa para tratar la tuberculosis resistente a diversos fármacos en las cárceles de Siberia véase: http://www.phri.org/programs/program_russian.tb.asp

comunidad fuera de las cárceles. Los internos que viven con VIH corren un riesgo muy especial. La infección con VIH es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la tuberculosis y la tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH.

Por todas estas razones, además de mejorar las condiciones en las cárceles que pueden alimentar la propagación de la tuberculosis (véase la sección más abajo), se deben desarrollar y aplicar programas de control de la tuberculosis que sean abarcadores, y que deben coordinarse o integrarse con los programas nacionales de control de la tuberculosis.

Vacuna contra la hepatitis B

La hepatitis B se propaga fácilmente en las cárceles pero a diferencia del VIH, el riesgo de infección puede reducirse mediante la aplicación de una vacuna. Algunos sistemas carcelarios ya ofrecen una vacuna contra la hepatitis B a todo el personal y a los reclusos. Otros sistemas carcelarios deben seguir este ejemplo. Además debería considerarse la aplicación de la vacuna contra la hepatitis A a las personas privadas de libertad que se encuentran en el grupo de riesgo.

Recuadro 10: Inmunización contra la hepatitis B en las cárceles canadienses

En 1989, el Servicio Correccional de Canadá instituyó un programa para vacunar a todos los reclusos contra la hepatitis B. Esta vacuna es una forma segura y eficaz de prevenir la infección por el virus de la hepatitis B. Se alienta a vacunar a todos los delincuentes que ingresan y además se encuentra disponible a solicitud del recluso durante todo el período de su reclusión.

Prevención de la hepatitis C

Además de contribuir a un menor riesgo de transmisión del VIH en las cárceles, la mayoría de las medidas descritas más arriba también ayuda a reducir el riesgo de transmisión del Virus de la Hepatitis C (VHC). Sin embargo, tal como se ha explicado más arriba, en el Recuadro 3, el VHC se propaga mucho más fácilmente que el VIH, inclusive al compartir afeitadoras y cepillos de dientes así como también a través de los tatuajes y el *piercing*. Es por ende importante que los sistemas carcelarios pongan a disposición de los reclusos y del personal penitenciario información sobre los riesgos de transmisión del VHC en las cárceles y los instruya sobre las maneras de reducir ese riesgo. Por otro lado, deberían proveerse a los reclusos las afeitadoras y los cepillos de dientes para que no los tengan que compartir con sus compañeros; los sistemas penitenciarios deberían considerar la aplicación de medidas para reducir la propagación del VHC a través del tatuaje y el *piercing*, por ejemplo, poniendo a disposición de los reclusos elementos de tatuaje esterilizados.

Brindar servicios de salud en las cárceles equivalentes a los que recibe la comunidad

Además de proveer programas de prevención amplios del VIH, los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad de brindarle a los reclusos tratamiento, atención y apoyo equivalentes a los disponibles para otros miembros de la comunidad.

Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país sin discriminación por su condición jurídica.

Principios Básicos de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Principio 9)

El derecho a la salud y el principio de equivalencia

La salud en las cárceles está garantizada por el derecho internacional así como por los lineamientos, las convenciones y reglas internacionales. El derecho a la salud incluye el de recibir tratamiento médico así como las medidas preventivas y normas de atención de la salud equivalentes a lo que se brinda en la comunidad. Tal como expresó el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en abril de 1996 ante la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su 52do período de sesiones:

El VIH/Sida en las cárceles sigue siendo un tema difícil y controvertido... A menudo no hay suficientes recursos para brindar una atención médica básica en las cárceles y mucho menos programas sobre VIH/Sida. Sin embargo la situación requiere de un tratamiento urgente. Involucra los derechos a la salud, a la seguridad de la persona, a la igualdad ante la ley y a no recibir un tratamiento inhumano y degradante..... Con relación a los programas de prevención y atención del VIH/Sida en las cárceles, los internos tienen derecho a recibir la atención médica básica que se le brinda a la comunidad en general.

En 1993 la *Guía de la Organización Mundial de la Salud sobre la infección de VIH y el sida en las cárceles* también resaltó que, como principio general, los reclusos tienen derecho a recibir una atención médica “equivalente a lo que se encuentra disponible para la comunidad en general, sin discriminación alguna.”

Tratamiento efectivo del VIH en entornos carcelarios

El derecho a la atención médica en las cárceles incluye el suministro de terapia antirretroviral (TAR) en el contexto de un proceso abarcador de tratamiento, atención y apoyo en el tema de VIH. La disponibilidad de una combinación de TAR ha disminuido significativamente la mortalidad debido a la infección por VIH y el sida en todos aquellos países del mundo donde esta terapia resulta accesible. En paralelo, hubo una disminución de la tasa de mortalidad entre los reclusos en los sistemas carcelarios de dichos países.

El hecho de proporcionar acceso a Terapias Antirretrovirales (TAR) para aquellos que lo necesitan y se encuentran privados de su libertad es todo un desafío pero, a su vez, algo

necesario y factible. Los estudios han documentado que, cuando a los reclusos se les brinda atención y acceso a medicación, éstos responden bien al tratamiento antirretroviral. El derecho a gozar de los más elevados niveles obtenibles de salud física y mental, en línea con el principio de equivalencia, dicta que los reclusos deberían tener acceso al mismo nivel de atención disponible para las personas fuera de las cárceles.

En el mes de septiembre de 2003, la OMS, el ONUSIDA y el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria lanzaron la Iniciativa de Tratar a Tres Millones para finales de 2005 (3 x 5), en parte por el reconocimiento de que el VIH estaba exacerbando las inequidades entre los países ricos y pobres, y convencidos de que el derecho a la salud y a la vida no debería depender de la posibilidad de pagar la medicación. Aunque esta meta ambiciosa del 3 x 5 no se logró, en la Cumbre Mundial de 2005 y en la Reunión de Alto Nivel sobre el sida en 2006, los dirigentes del mundo se comprometieron a realizar todos los esfuerzos necesarios en pos del logro de la meta universal de acceso a la prevención, tratamiento, atención y programas de apoyo al VIH para 2010. Con este fin, se han puesto a disposición recursos adicionales para financiar una respuesta más amplia, inclusive a través del Fondo Mundial para la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Como el Tratamiento con Antirretrovirales se encuentra cada vez más disponible en países en desarrollo y en países con economías en transición, y a medida que las naciones se dirigen hacia el cumplimiento de la meta del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo para 2010, será decisivo asegurarse que el tratamiento también esté a disposición de los reclusos que lo necesitan. El hecho de asegurar la continuidad de la atención desde la comunidad a las cárceles y de regreso a la comunidad, así como la continuidad de la atención dentro del sistema carcelario, es un componente fundamental de los esfuerzos por escalar el tratamiento exitoso.

Ello se verá facilitado por las siguientes acciones:

- Los departamentos carcelarios deben ocupar un lugar dentro de los Comités Nacionales de Coordinación del sida, y los temas penitenciarios deben constituir una parte del marco acordado de acciones sobre el sida y del sistema de monitoreo y evaluación a nivel de país;
- Los departamentos carcelarios deben involucrarse en todos los aspectos del escalamiento del tratamiento, desde las solicitudes de financiamiento (para asegurar que los fondos se destinen específicamente a las cárceles), hasta el desarrollo, aplicación y monitoreo y evaluación de los planes para el lanzamiento del tratamiento;
- El ministerio responsable de la salud y el ministerio responsable del sistema penitenciario deben trabajar en estrecha colaboración, reconociendo que la salud en las cárceles es una cuestión de salud pública;
- Las políticas y los lineamientos deben especificar que las personas que viven con el VIH o el sida podrán tener consigo la medicación para el VIH, o se les deberá suministrar esa medicación en el momento de su detención y reclusión y en todo momento que sean transferidas dentro del sistema o a audiencias en los tribu-

nales. El personal policial y penitenciario debe ser informado sobre la importancia de asegurar la continuidad del tratamiento.



Para mayores detalles y referencias, véase OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: HIV Care, Treatment and Support. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Atención de la salud en las cárceles: necesidad de contar con más fondos y un modelo nuevo

El VIH, VHC y la TB han exacerbado los problemas existentes para la atención médica en las cárceles. Los presupuestos para atención de la salud en las cárceles deben reflejar las necesidades crecientes de la población carcelaria. La atención médica de los reclusos debe reconocerse como parte integral del sector de salud pública, y evolucionar del modelo actual que reacciona ante “un llamado por enfermedad” hacia un sistema proactivo que enfatiza la detección temprana de las enfermedades y su tratamiento, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La infraestructura de salud pública debe cumplir con las funciones clave de los servicios de salud pública dentro de las cárceles — es decir, evaluar la condición sanitaria de los reclusos; contar con un sistema efectivo de vigilancia de las enfermedades infecciosas y crónicas; realizar esfuerzos de promoción de la salud; llevar a cabo acciones coordinadas para prevenir enfermedades y lesiones; proteger la salud de los reclusos; y evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

Si se abordan las necesidades de salud de los reclusos se contribuirá a su rehabilitación y a su reintegración exitosa en la comunidad.

Transferencia del control de la salud en las cárceles

A más largo plazo, la transferencia del control de la salud en las cárceles a manos de las autoridades de salud pública puede tener un impacto positivo sobre la atención del VIH en las cárceles, al menos en países con un servicio de salud pública que funciona bien.

En la gran mayoría de los sistemas carcelarios del mundo el mismo ministerio o departamento responsable de la administración penitenciaria se encarga de proveer la atención de la salud. Las cárceles no fueron diseñadas ni generalmente se encuentran equipadas para tratar con reclusos infectados con enfermedades crónicas y potencialmente letales como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis. No cuentan con un nivel de personal adecuado, ni con la capacitación o el equipamiento necesarios para satisfacer las necesidades de salud de los reclusos que sufren estas enfermedades.

La experiencia en una serie de sistemas carcelarios ha demostrado que la atención de la salud en las cárceles puede brindarse en forma más efectiva a través de las autoridades del sistema de salud pública y no tanto a través del sistema penitenciario. Esto tiene la ventaja de fortalecer el vínculo entre la salud en la comunidad y en las cárceles. Algunos países ya han introducido este cambio en la administración de la salud en las penitenciarías.

El cambiar de manos la responsabilidad por la salud en las cárceles no es una transferencia de responsabilidad directa sino que requiere una evaluación detallada y cuidadosa respecto de la factibilidad según cada caso. Sin embargo, una integración más estrecha entre los servicios sanitarios de la comunidad y aquellos en las cárceles brinda la posibilidad de:

- Proteger la independencia de la opinión clínica del personal médico de las cárceles;
- Mejorar la continuidad del tratamiento y la atención entre las cárceles y la comunidad que redunde en el interés de los reclusos y de la sociedad en su conjunto;
- Brindar apoyo y capacitación a través de los profesionales de la salud a los colegas que trabajan en las cárceles;
- Proporcionar un apoyo firme a las medidas de salud pública tales como el suministro de preservativos, cloro y agujas y jeringas aún cuando se los pueda considerar como elementos problemáticos en los entornos carcelarios;
- Aumentar la confianza entre los reclusos y el personal sanitario y, por ende, facilitar la introducción de acciones de prevención y promoción de la salud.

Atención de las necesidades de las mujeres en las cárceles

A medida que los sistemas carcelarios desarrollan y aplican programas de prevención, tratamiento y atención del VIH, debería prestarse especial atención a las reclusas que requieren información y servicios especialmente diseñados a la medida de sus necesidades.

Suele haber menos mujeres que hombres en las cárceles y los servicios de salud que se brindan para ellas son a veces de un nivel mínimo o de segunda clase. Con la llegada del VIH ha surgido un problema nuevo para las reclusas. Ellas necesitan de las mismas medidas preventivas y de idéntico nivel de tratamiento, atención y apoyo que los hombres. Sin embargo, también existe la necesidad de contar con iniciativas que reconozcan que los problemas que enfrentan las mujeres en entornos carcelarios a menudo reflejan su vulnerabilidad —y aumentan a raíz de dicha vulnerabilidad— y además el abuso que muchas de ellas han sufrido fuera de las cárceles. La tarea de proteger a las reclusas de la transmisión del VIH y de brindar atención, tratamiento y apoyo a aquellas que viven con el VIH o el sida presenta por ende desafíos diferentes —y a veces mayores— que al tratar la infección de VIH en reclusos hombres.

Mejoramiento de las condiciones carcelarias: la necesidad de contar con una reforma penitenciaria

Mucho puede hacerse para abordar los problemas relacionados con el VIH en las cárceles al tomar medidas en las áreas que se señalaron más arriba. Sin embargo, en el mediano y largo plazo será esencial tomar medidas para mejorar las condiciones en las cárceles. Dichas condiciones se vinculan en forma estrecha con la salud en las cárceles y tienen la posibilidad de tener efectos positivos o negativos en la salud de los reclusos. Las normas

mínimas de alojamiento y tratamiento de los reclusos se encuentran definidas en un acuerdo internacional.

Dentro del contexto del VIH, las condiciones de vida que no llegan a un nivel mínimo pueden incrementar el riesgo de transmisión del VIH entre las personas privadas de libertad al promover y alentar el uso de drogas en respuesta al aburrimiento o al estrés (muchas veces involucrando prácticas de inyección no seguras) y al permitir la violencia en las cárceles así como las luchas, el matoneo, la coerción sexual y la violación. Las condiciones por debajo de la norma mínima también pueden tener un impacto negativo sobre la salud de los reclusos que viven con VIH al incrementar su exposición a enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y la hepatitis; alojarlos en sitios poco higiénicos y saludables; limitarlos a espacios que no cumplen con los requisitos mínimos en cuanto al tamaño, la existencia de luz natural y ventilación; limitar el acceso al aire libre y a actividades educativas, sociales o laborales y al no proveerles acceso a una adecuada atención de la salud, una dieta equilibrada, una buena nutrición y/o agua potable y condiciones higiénicas básicas.

La existencia de un programa de reforma carcelaria abarcador basado en las normas de derechos humanos internacionales haría mucho por mejorar estas condiciones y, en última instancia, reducir la propagación del VIH. Las cuestiones que deben abordarse son las siguientes:

- Debe aplicarse un sistema adecuado de clasificación de las necesidades que mantenga separados a los jóvenes y adultos, a las mujeres y los hombres, y a los reclusos que esperan su sentencia de aquellos que ya han sido condenados — este tipo de sistema disminuirá la probabilidad de abuso sexual y violencia en las cárceles.
- Las mejores condiciones en las cárceles, con espacios razonables, condiciones adecuadas de salubridad y luz natural, además del acceso en forma periódica al aire libre habrán de mejorar la salud general de los reclusos, reducir la propagación de la tuberculosis y probablemente disminuir el uso de drogas.
- El acceso restringido a una nutrición adecuada tiene un impacto sobre la salud de todos los internos pero es especialmente problemático para la salud de aquellos que viven con el VIH o el sida. Al brindarles una dieta más variada y balanceada y agua potable se podrá reducir la prevalencia e incidencia de las infecciones.
- La reducción de la violencia, inclusive la violencia sexual, a través de una variedad de medidas, entre otras, la contratación de personal adicional, también disminuirá el riesgo de infección por VIH.
- El trabajo y otras actividades significativas para los reclusos también acarrear muchos beneficios pero también disminuyen los comportamientos de alto riesgo que a menudo son el resultado del aburrimiento.
- Un contacto periódico con la familia y los amigos a través de visitas, llamadas telefónicas y el correo es también importante por las mismas razones ya mencionadas.

- Muchos aspectos de la corrupción resultan relevantes para el VIH, inclusive la participación activa del personal o su complicidad en el contrabando de drogas. La mejora en los sueldos y las condiciones laborales del personal y el desarrollo y la aplicación estricta de un código de conducta para el personal también constituirá un elemento importante en los esfuerzos por combatir la corrupción.



Para mayor información sobre la manera de mejorar las condiciones y asegurar que se adapten a las normas internacionales relevantes véase: A Coyle. *A Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff*. London: International Centre for Prison Studies, 2002. Disponible en varios idiomas a través de <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/publications.html>.

Reducción de la población carcelaria

El hacinamiento o la congestión es un problema endémico en muchos de los sistemas carcelarios. En el continente africano hay un promedio de 150 internos por cada 100 cuchetas y en algunos países el problema es aún mayor, con espacio insuficiente en los dormitorios para que puedan dormir todos los reclusos. En esas condiciones pueden ser habituales la violencia y los actos sexuales, ya sea consensuados o forzados. Las condiciones de hacinamiento también aumentan la probabilidad de verse afectada la salud de los reclusos que viven con VIH a través de su exposición a otras enfermedades infecciosas y a condiciones poco higiénicas, lo que crea un impedimento adicional para que el personal sanitario de las cárceles pueda brindar servicios de salud adecuados.

En el corto plazo, puede reducirse el hacinamiento mediante amnistías, al revisar la legalidad de la detención para que pueda liberarse a aquellos retenidos sin causa justificada y así remover a grupos encerrados en forma inadecuada como, por ejemplo, los reclusos con las facultades mentales alteradas.

En el mediano y largo plazo, existen dos soluciones posibles al hacinamiento: incrementar la capacidad del sistema penitenciario o reducir la cantidad de reclusos. La primera solución es muy costosa y muchos países no cuentan con los recursos financieros adicionales para expandir los sistemas carcelarios o deciden darle un mejor uso a esos recursos. Una mejor solución sería reducir el tiempo de permanencia en las cárceles y la detención preventiva. La cárcel debería ser el último de los recursos. En todos los demás casos, deberían utilizarse otras alternativas diferentes a la detención. Existen en la comunidad una gama de opciones y programas de liberación anticipada vigilada que aseguran la utilización de las cárceles como último recurso y por el menor tiempo posible. Una buena estrategia sería que el gobierno adopte metas oficiales para reducir el hacinamiento en las cárceles.

Es preocupante la utilización excesiva de la pena de prisión para las personas que consumen drogas. En muchos países un porcentaje significativo de la población carcelaria se compone de individuos condenados por delitos directamente relacionados con el uso personal de drogas (es decir, aquellos privados de su libertad por la posesión de cantidades pequeñas de drogas para su consumo personal, aquellos condenados por delitos

menores cometidos específicamente para satisfacer el hábito de consumir drogas). El encarcelamiento de una cantidad significativa de personas que consumen drogas aumenta la probabilidad del uso de drogas dentro de las cárceles así como las prácticas no seguras de inyección y el riesgo de transmisión del VIH. Muchos de los problemas creados por la infección por VIH y el consumo de drogas en las cárceles se podrían reducir si se aplicaran alternativas a la pena de prisión, especialmente dentro del contexto de los delitos relacionados con la droga. Allá por 1987, la Organización Mundial de la Salud, en una declaración durante la primera Consulta sobre Prevención y Control de sida en las Cárceles decía que “[l]os gobiernos podrán... revisar sus políticas de admisión a las cárceles, especialmente en el caso de quienes abusan de la droga, a la luz de la epidemia de sida y de su impacto en las cárceles”. Las opciones para condenas de no reclusión son las siguientes:

- La liberación (cuando se considera que la persona no debería haber sido condenada a pesar de su culpa y la persona no acumula antecedentes penales);
- Una suspensión de la condena (cuando se suspende la ejecución de la sentencia y ésta se reemplaza por una libertad condicional, con la condición adicional de que se aplicará la sentencia si se violara dicha libertad condicional);
- Una multa;
- Una orden para realizar servicios comunitarios; o
- Una orden de libertad vigilada (que podrá exigirle a la persona concurrir a un sitio determinado para su supervisión).

Ya existen varias combinaciones y variantes de sentencia en las leyes que rigen las penas en muchos países.

Una de las alternativas a la reclusión es ordenar que la persona condenada por un delito relacionado con la droga consulte y sea asesorada por personal profesional especializado en programas que tratan la drogodependencia. Sin embargo, la legislación no debería permitir que un tribunal pueda obligar a las personas, so pena de perder su libertad, a realizar un tratamiento contra la drogodependencia. El hecho de que las personas co-



Para información sobre las alternativas posibles para las cárceles véase:

- ONUDD (2007). *Handbook of Basic Principles and Promising Practices on Alternatives to Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series* http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf
- Stern V (ed). *Alternatives to Prison in Developing Countries*. London: International Centre for Prison Studies, King's College, University of London. Véase <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/publications.html> para obtener información al respecto. En muchos países en desarrollo existen pocas opciones aparte de las cárceles. Los estudios de caso y los apéndices detallados de este libro proporcionan lineamientos legislativos y administrativos que resultarán una herramienta valiosa para los profesionales de los países en desarrollo y de los países en transición.

miencen con un tratamiento bajo amenaza de ser privadas de su libertad, o se abstengan del uso de drogas para evitar sanciones, tiene implicancias severas respecto del derecho a la integridad corporal, el derecho a la privacidad y a la igualdad. En qué medida las personas pueden brindar su consentimiento libre e informado a dicho tratamiento es dudoso. Por ende, la legislación debería aprovechar el contacto de la persona con el sistema de justicia penal para facilitar principalmente el acceso voluntario al tratamiento contra la drogodependencia y a otros servicios de la salud, en el entendimiento de que el tratamiento contra la drogadicción no debiera ser coercitivo.

Prioridades para la acción

Los encargados de la formulación de políticas, los legisladores y parlamentarios tienen un papel decisivo que jugar cuando se trata de facilitar medidas efectivas sobre VIH en las cárceles, tal como se mencionó en la sección anterior. En pocas palabras, muchas de las medidas que resultan necesarias no serán posibles sin la acción de los encargados de la formulación de políticas así como de los legisladores y parlamentarios, o al menos se requiere su consentimiento explícito o tácito al respecto. Las medidas prioritarias incluyen:

- La creación de liderazgo mediante la sensibilización sobre los problemas, haciendo participar a las partes involucradas e informando y educando al público en general;
- La realización de reformas legislativas y de política;
- La incidencia para lograr un mayor fondeo a fin de abordar el problema del VIH en las cárceles.

El servicio penitenciario es público y debe satisfacer necesidades fundamentales dentro de una sociedad como es la de sentirse seguro, de que los delitos son lo suficientemente castigados y que se brindan las acciones de remediación que corresponden. Como es el caso de todos los servicios públicos, el alcance y la calidad de los servicios es una decisión política. El apoyo político para una acción eficaz en torno al VIH en las cárceles debe basarse en la aceptación de que

- Una buena salud en las cárceles resulta esencial para una buena salud pública;
- Una buena salud pública aprovechará bien las oportunidades que se presentan en las cárceles; y
- Las cárceles podrán contribuir a la salud de la comunidad, ayudando a mejorar la salud de algunos de los más marginados de cualquier sociedad.



Para información sobre el papel de los parlamentarios en dar respuestas al VIH/Sida en las cárceles véase:

Unión Interparlamentaria, ONUSIDA, PNUD (2007). *Taking Action Against HIV. Handbook for Parliamentarians*. Disponible a través de <http://www.ipu.org/english/handbks.htm#aids07>

Medida 1: Liderazgo político

Según la *Declaración de Compromiso sobre VIH/Sida* adoptada por todos los países miembros durante el Período de Sesiones Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida, “un liderazgo firme en todos los niveles de la sociedad resulta esencial para una respuesta efectiva ante la epidemia [de VIH].” Esto es especialmente cierto en las cárceles.

En la mayoría de los países, las normas de salud en las cárceles y las condiciones carcelarias se ven afectadas por la falta de interés político y público en el bienestar de los reclusos. El hecho de tomar medidas para abordar las diversas preocupaciones planteadas por el VIH en las cárceles y de permitirles a las autoridades penitenciarias poder aplicar políticas y estrategias eficaces, exige el compromiso político de identificar públicamente a la salud en las cárceles, la mejora en las condiciones carcelarias y el VIH como problemas que exigen medidas por parte del gobierno.

Los encargados de la formulación de políticas, los legisladores y parlamentarios pueden demostrar su liderazgo al realizar tareas de sensibilización sobre estos problemas entre sus pares.

La prevención de la transmisión del VIH en las cárceles se ve a menudo obstaculizada por la negación de los gobiernos sobre la existencia del uso de drogas inyectables y de prácticas sexuales sin protección en las cárceles. Por lo tanto, el reconocimiento oficial de la realidad existente en cuanto a los comportamientos de alto riesgo y la transmisión del VIH en las penitenciarías es un primer paso esencial para sensibilizar al público y aplicar medidas eficaces.

El hecho de informar y educar al público sobre las medidas que se toman es el próximo paso. Es importante tener una clara estrategia sobre el modo de comunicarle al público lo que se está realizando para abordar el tema del VIH en las cárceles y la justificación para ello. La comunicación debe resaltar que las políticas sobre VIH en las penitenciarías son parte de la respuesta nacional ante el VIH con el fin de contener la epidemia de este virus así como también parte de un enfoque nacional más amplio respecto de los problemas referentes a la salud pública en general, lo que incluye otras enfermedades importantes que afectan a la comunidad y a los reclusos (en particular la tuberculosis y la hepatitis B y C).

Los elementos de la estrategia podrían incluir lo siguiente:

- Resaltar que las medidas sobre VIH en las cárceles son necesarias a fin de favorecer a los reclusos pero también al personal y al público en general;
- Comprometer a la comunidad médica y a los profesionales de la salud pública como voceros;
- Trabajar en estrecha colaboración con los medios que han demostrado que son capaces de cubrir temas relacionados con el VIH y alentarlos a escribir artículos de fondo más que solamente comunicados de prensa y el apoyo a una prensa sensacionalista al respecto.

Lista de verificación 1: De qué modo se puede sensibilizar y comprometer la participación de otras partes interesadas: medidas prácticas

En general no resulta difícil crear conciencia y alentar la participación de las partes interesadas ya que el tema es bastante sencillo. Sin embargo, si su país todavía niega la existencia del VIH en las cárceles, se necesita algo de coraje para plantear el problema. No se recomienda hacerlo público en una etapa temprana e involucrar a los medios ya que esto podría crear un debate público emotivo y desinformado. A continuación se brindan algunas sugerencias prácticas sobre cómo proceder al respecto:

- A fin de crear conciencia y lograr la participación de las partes interesadas, se necesitará contar con información creíble sobre el VIH en las cárceles. Dicha información incluye la cantidad de reclusos en el país, el nivel de hacinamiento, el comportamiento de alto riesgo existente, y datos sobre VIH, VHC y TB. La mayoría de los países ya tiene este tipo de información. Si ese no fuera el caso, se podrá encargar una evaluación rápida de una o dos cárceles en el país a fin de recabar información. Una evaluación rápida en el sistema penitenciario no lleva más de dos semanas. La intervención y el desarrollo de respuestas —más que la simple recolección de datos— es el objetivo final de una evaluación rápida. Hasta la fecha, ciertos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud han realizado estas evaluaciones rápidas sobre el uso de drogas en 70 países.



Para una guía técnica sobre evaluaciones rápidas véase: G.V. Stimson, MC Donoghoe, C. Fitch y T.J. Rhodes, con A. Ball y G. Weiler (2003) *Rapid Assessment and Response Technical Guide*, Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, y Departamento de VIH/Sida) Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Contents.html>. Para mayor información, contáctese con la Organización Mundial de la Salud, Departamento de VIH/Sida, 20, Avenue Appia CH-1211 Ginebra 27 Suiza, Correo Electrónico: hiv-aids@who.in

- La mayoría de los países tienen una institución coordinadora multisectorial para el sida en el ámbito nacional, generalmente denominado Programa Nacional del sida o Comisión Nacional del sida. En dichos programas o comisiones todos los ministerios que abordan el VIH deberían estar representados, incluyendo el ministerio responsable del sistema penal en el país. Si su país es receptor de préstamos no reembolsables del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, también debería haber un Mecanismo de Coordinación de País (MCP). Participen en las próximas reuniones de estos foros para asegurarse de que el tema del VIH en las cárceles figure en la agenda. Realicen una presentación sobre la situación del VIH en las cárceles de su país y de la forma en que las penitenciarías contribuyen a la propagación del VIH en la sociedad en general.
- Si usted realiza dicha presentación, ello generalmente dispara un gran debate. Algunos de los colegas reaccionarán en forma muy emotiva. Se les debe proporcionar toda la información posible basada en los hechos. Tenga una nota de dos páginas sobre el VIH en las cárceles de su país lista para su distribución. Organice reuniones bilaterales con algunos de sus colegas.
- Según la forma de gobierno de su país, se puede utilizar un enfoque de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo para la creación de conciencia y la participación de las partes interesadas. Para tener éxito en el desarrollo de políticas y programas, en general, es necesario contar con el apoyo de los más elevados niveles de gobierno. Podría también resultar necesario informar al ministro o al jefe de gobierno.

- La experiencia en determinados países que progresan en la aplicación de estrategias sobre VIH en las cárceles ha recibido un apoyo importante de uno o de unos pocos individuos dentro del sistema carcelario que se han comprometido con la incidencia interna en pos del cambio. Por lo tanto, debe identificar y prestarle apoyo a los “paladines” dentro del sistema. Se les debe encomendar y brindar apoyo a estas personas para promover la estrategia en el ámbito nacional (internamente en el sistema penitenciario y externamente con el público). Estos paladines deben recibir ayuda para que puedan desarrollar conocimientos especializados sobre el problema del VIH en las cárceles y para actuar como centros clave del conocimiento y la información del sistema en su conjunto.
- Consulte con otros aliados potenciales y explore con ellos la forma en que se les puede brindar apoyo. Entre dichos aliados se incluye a los representantes del sistema de las Naciones Unidas en su país. Los que pueden resultar de especial utilidad son los representantes de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el Coordinador de País de ONUSIDA, el Coordinador Residente de las Naciones Unidas y el Presidente del Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el sida. Si los jefes de dichas agencias visitan su país, asegúrese de informarles sobre el VIH en el sistema penal de su país y de que planteen el problema en sus consultas con las más elevadas autoridades de gobierno.
- Entre otros aliados potenciales que usted debería consultar se incluyen las asociaciones de profesionales de la salud, los investigadores en salud, las organizaciones de derechos humanos y otros organismos de la sociedad civil, las personas que viven con VIH y los reclusos y ex reclusos.
- Y más importante aún, base sus decisiones que afectan la salud en las cárceles sobre los hechos, las mejores prácticas reconocidas y las obligaciones legales y éticas más que en la opinión pública o la conveniencia política.

Medida 2: Realizar reformas legislativas y de políticas

La próxima prioridad será asegurarse que la legislación, la política carcelaria y las reglas penitenciarias promuevan las respuestas eficaces ante el VIH en las cárceles que se delinearon más arriba, en lugar de impedir el progreso en cuanto a la reducción en la transmisión del VIH y el cuidado de los reclusos que viven con el VIH o el sida. La medida en que se necesita una nueva legislación o política variará de una jurisdicción a otra. Por ejemplo, en algunos países será necesario contar con una legislación que autorice en forma explícita las medidas de prevención del VIH en las cárceles mientras que en otros países bastará con una guía simple emitida por la autoridad del sistema carcelario. Sin embargo, en todos los países debería realizarse una revisión abarcadora de todas las leyes, políticas y reglas que tienen algún impacto sobre la capacidad del sistema penitenciario para abordar eficazmente el tema del VIH (así como de las enfermedades de transmisión sexual, la hepatitis y la tuberculosis).

En especial, dicha revisión deberá:

- Asegurar la condición legal de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el VIH en las cárceles, lo que incluye los programas de distribución de preservativos, agujas y jeringas así como la terapia de sustitución;
- Asegurar que no se realicen análisis de VIH no voluntarios o que haya segregación de reclusos que viven con el VIH o el sida;

- Asegurar que sean profesionales de la salud los que tomen las decisiones sanitarias en las cárceles;
- Asegurar una efectiva protección contra la violencia sexual y el procesamiento de los delincuentes;
- Brindar apoyo a las políticas de derecho penal que estén alineadas con una respuesta efectiva ante el VIH —estas leyes y su interpretación y aplicación deben complementarse con las estrategias sobre VIH para que no obstaculicen los programas de prevención y tratamiento del virus así como la atención y apoyo a este tema;
- Permitir que las disposiciones reduzcan la reclusión y la detención preventiva;
- Permitir la liberación temprana de reclusos con enfermedades terminales.

Listado de Verificación 2: Revisión de la legislación y de las reglas carcelarias

Este listado contiene elementos decisivos sobre la legislación y las reglas carcelarias en relación con el VIH en las cárceles. Verifique si la legislación en su país se ajusta a las buenas prácticas internacionales.

- La legislación ¿contiene disposiciones sobre el acceso a los siguientes servicios sobre prevención y tratamiento del VIH así como de cuidado y apoyo en las cárceles?
 - Información, educación y comunicación
 - Asesoramiento y análisis voluntarios y confidenciales
 - Preservativos y lubricantes para que los reclusos puedan practicar un sexo más seguro
 - Cloro y otros desinfectantes para que los reclusos puedan limpiar los elementos para la inyección, el tatuaje y el *piercing*
 - Elementos de inyección esterilizados (agujas, jeringas e hisopos de algodón) para la inyección de drogas entre reclusos
 - Programas de tratamiento de la drogadicción, lo que incluye el tratamiento de sustitución
 - Un diagnóstico y tratamiento tempranos de infecciones de transmisión sexual
 - Tratamiento antirretroviral para reclusos con VIH/Sida
 - La legislación ¿contiene disposiciones para contar con normas claras para la efectiva detección, prevención y reducción de las violaciones en las cárceles y para un eficaz procesamiento de los delincuentes?
- La legislación ¿contiene disposiciones para el acceso a una profilaxis post exposición para el personal potencialmente expuesto al VIH durante el transcurso de su trabajo y para los reclusos que son víctimas de ataques sexuales o que quedan expuestos de otro modo al VIH?
- La legislación ¿contiene disposiciones respecto de la vacuna contra la hepatitis para el personal y los reclusos?
- La legislación ¿contiene disposiciones para un control efectivo de la tuberculosis?
- La legislación ¿contiene disposiciones en relación con la confidencialidad de la información médica y/o personal de los reclusos, incluyendo su condición frente al VIH?
- La legislación ¿prohíbe la discriminación por VIH en las cárceles, lo que incluye el aislamiento, la segregación o la exclusión de los programas carcelarios de las personas que viven con el virus simplemente por su condición de ser VIH positivo?

- La legislación ¿incluye disposiciones que reducen el encarcelamiento y la detención preventiva?
- La legislación ¿permite una liberación temprana de reclusos con enfermedades terminales y contiene disposiciones para un mecanismo accesible y rápido para aplicar dichas liberaciones?

Será mejor que dicha revisión la realice una comisión o un grupo de trabajo conjunto que incluya a representantes del ministerio responsable de las cárceles, el ministerio de justicia y el ministerio de salud y en consulta con representantes del sistema penitenciario, lo que abarca al personal y a los reclusos, a la sociedad civil, las asociaciones médicas y los organismos internacionales.

¿Cómo debería ser la legislación?

Se ha desarrollado una legislación modelo que aborda la epidemia de VIH entre las personas que consumen drogas. Esta legislación contiene una sección sobre cárceles. La legislación modelo — un marco detallado de disposiciones legales tipo— es un recurso para la reforma de las leyes y reglamentaciones carcelarias relacionadas con el VIH. Ésta “se basa en diferentes opciones”, es decir, está diseñada para ser adoptada o adaptada a los contextos locales como parte de una respuesta efectiva ante la epidemia. Ha sido anotada para resaltar los problemas críticos, las áreas de conflicto potencial y las posibles soluciones. Es un “modelo” en el sentido de que no se ha desarrollado para una jurisdicción en particular. En realidad, brinda lineamientos y principios con la esperanza de que pueda resultar de utilidad en una variedad de países, especialmente en aquellas regiones del mundo donde la epidemia de VIH se encuentra impulsada por el consumo de drogas inyectables. También es un “modelo” en el sentido de que se basa en los principios de los derechos humanos y en las “mejores prácticas” de las legislaciones nacionales.

Recuadro 11: Ejemplos de legislación en relación con la prisión preventiva

El Artículo 109 del Código Procesal Penal de la Federación de Rusia del 18 de diciembre de 2001, N° 174-F3, enmendado el 29 de mayo de 2002, establece los plazos de la prisión preventiva que no podrá exceder los dos meses.

La ley italiana N° 89 del 24 de marzo de 2001, la llamada Ley “Pinto” (por el Senador que fue su primer signatario) introdujo en la legislación italiana un mecanismo por el cual un ciudadano tiene derecho a “una reparación justa” si sufriera algún daño debido a una duración “poco razonable” del proceso.



Para información y el texto de la legislación modelo véase <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=587>

¿Qué sucede con la política penitenciaria?

Debe reconocerse que desde un principio la reforma de los marcos legales representan solamente un elemento dentro de una respuesta abarcadora ante el VIH en las cárceles. Si ello no se acompaña con esfuerzos vigorosos para alinear las prácticas actuales en las cárceles con la legislación, esta reforma no será más que un cambio cosmético. Es necesaria una reforma jurídica para que las políticas sobre VIH/Sida en las cárceles sean efectivas y respeten los derechos humanos, pero por si solo no es suficiente para producir un cambio significativo.

Por lo tanto, la revisión de las leyes debe realizarse en paralelo con la formulación de una política carcelaria sobre VIH. En realidad, el desarrollo de las políticas a menudo alimenta la revisión legislativa y viceversa. Los sistemas penitenciarios deberían desarrollar o revisar, aplicar y poner a disposición del público por escrito las políticas y las reglas carcelarias relacionadas con la salud en las prisiones, las condiciones carcelarias y los programas y servicios de VIH en las penitenciarías. Las políticas y reglas escritas y su aplicación adecuada resultan esenciales para la gestión efectiva de las cárceles, la capacitación y el apoyo al personal penitenciario, el tratamiento ético y humano de los reclusos y el desarrollo de normas coherentes y equitativas dentro de las cárceles y entre cárceles.

Recuadro 12: Política Nacional sobre VIH/Sida en Malawi

Los reclusos son especialmente vulnerables a las relaciones sexuales abusivas y de explotación por el entorno en el que viven. Por ende, se los debe facultar para tomar decisiones informadas del mismo modo que otros grupos vulnerables.

El Gobierno, a través de la Comisión Nacional sobre el sida, se compromete a:

- Asegurar que no se someta a los reclusos a análisis obligatorios, ni se los coloque en cuarentena, ni sean segregados o aislados por su condición de VIH positivos.
- Asegurar que todos los reclusos (y el personal penitenciario, según corresponda) tengan acceso a la prevención, información, educación, asesoramiento y análisis voluntario sobre VIH, a los medios de prevención (lo que incluye los preservativos), al tratamiento (incluyendo el tratamiento antirretroviral), a la atención y al apoyo.
- Asegurar que las autoridades penitenciarias tomen todas las medidas necesarias, lo que incluye una dotación de personal adecuada, una vigilancia eficaz y medidas disciplinarias apropiadas para proteger a los reclusos de la violación, la violencia sexual y la coerción por parte de los otros internos o de sus cuidadores. Los reclusos jóvenes serán separados de los adultos a fin de protegerlos del abuso.
- Asegurar que los reclusos que hayan sido víctimas de violación, violencia sexual o coerción tengan un acceso oportuno a una profilaxis post exposición así como a mecanismos y procedimientos eficaces de queja y la opción de solicitar su separación de los otros reclusos para su propia protección.

Recuadro 13: Estrategia Nacional de Indonesia para el Control del VIH en las Cárceles

A fines de 2002, el Ministerio de Justicia de Indonesia decidió promover actividades de prevención y atención del VIH para reclusos a fin de evitar la propagación del VIH dentro de las cárceles y de allí hacia la comunidad en su conjunto. En 2005 se lanzó la Estrategia Nacional de Indonesia para la Prevención, la Atención y el Apoyo en el tema del VIH para los Reclusos, la primera estrategia nacional de su tipo en Asia. Ha permitido la educación como así también el suministro de preservativos, cloro, metadona y ARV para los reclusos.

Para mayor información véase: National Strategy for Prevention and Control of HIV/AIDS and Drug Abuse in Indonesian Correction and Detention Centres, for the period 2005-2009, Ministry of Justice and Human Rights of Indonesia, (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida y del Abuso de Drogas en los Centros de Detención y en las Correccionales de Indonesia para el período 2005-2009, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Indonesia), Yakarta, 2005.

Recuadro 14: Política Canadiense sobre el Manejo de las Enfermedades Infecciosas en las Cárceles

Correctional Service Canada (Servicio Correccional de Canadá 2004). Directiva del Comisionado 821: Management of Infectious Diseases. (Manejo de las Enfermedades Infecciosas), Ottawa: CSC.

Este documento se encuentra disponible (en inglés y francés) en <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-cde-eng.shtml>. Proporciona lineamientos de política sobre el manejo de las enfermedades infecciosas en las cárceles federales de Canadá pero resulta útil como modelo para otros sistemas penitenciarios. "Refleja los principios de salud pública e incorpora una amplia gama de elementos del programa de enfermedades infecciosas." Su objetivo es "contribuir a la salud pública y a un entorno seguro y sano a través de un programa amplio sobre enfermedades infecciosas". Entre otras disposiciones, la Directiva establece que:

- "Se aplicarán sobre la base de las mejores evidencias y de los conocimientos especializados en salud pública, una amplia gama de elementos del programa de enfermedades infecciosas, lo que incluye revisiones/análisis, inmunización, educación y capacitación, medidas para reducir el daño, otras sobre atención y tratamiento, vigilancia y asociaciones, no siendo esta enunciación taxativa."
- "En forma discretamente accesible se pondrá a disposición de los reclusos de las unidades del CSC los elementos aprobados para mitigar el daño así los internos no tienen necesidad de solicitarlos al personal penitenciario."
- "Se le proporcionará a los internos que viven con enfermedades infecciosas un tratamiento y apoyo humanos, en un entorno donde no haya discriminación".
- "El Jefe de la Institución se cerciorará de la entrega a los reclusos, en al menos tres sitios de las instalaciones así como en las unidades de visitas íntimas, de preservativos no lubricados, no espermicidas, de lubricantes a base de agua, barreras de protección dental de látex y cloro."
- "Los Servicios de Salud del CSC se asegurarán de establecer alianzas nacionales, regionales y locales con otros departamentos de los gobiernos federales, provinciales y municipales, con agencias de servicios y las partes interesadas, a fin de compartir información, así como las mejores prácticas y conocimientos especializados."

Desde la política a la aplicación

La aplicación efectiva de políticas de prevención y tratamiento así como atención y apoyo en los casos de VIH en las cárceles exige una serie de medidas adicionales, a saber, el desarrollo de una estrategia de aplicación y la capacitación de aquellos que habrán de aplicar la política.

El desarrollo de las capacidades de los administradores penitenciarios y de su personal resulta decisivo para la efectiva aplicación de las políticas sobre VIH en las cárceles. Podrá enviarse a los administradores de las penitenciarías a aquellos países donde se están aplicando políticas efectivas sobre VIH en las cárceles para que puedan observar y aprender cómo se están haciendo las cosas. Además, el Gobierno podrá convocar a expertos extranjeros para asesorar sobre la aplicación de las políticas. La capacitación del personal penitenciario también deberá incluir varios módulos sobre VIH.



Para obtener mayor información sobre los elementos importantes de las políticas carcelarias véase: HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response, sección 2, páginas 17-19 (“Reform of prison policy and rules”). Disponible en www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

Medida 3: Abogar por mayores recursos

Los sistemas penitenciarios en muchos países no cuentan con los recursos financieros que se necesitan a fin de poder mejorar las condiciones en las cárceles y proporcionar una prevención y tratamiento así como una atención y apoyo amplios en el tema del VIH. Es por dicha falta de medios que las cárceles a menudo tienen hacinamiento, edificios deteriorados, una nutrición deficiente y personal penitenciario mal pago y sin motivación. En general, los Gobiernos no le asignan una gran prioridad a las cárceles debido a otras necesidades urgentes. Hoy más que nunca, en un mundo con VIH, los sistemas penitenciarios necesitan recursos financieros adicionales. Las condiciones en aquellos sistemas carcelarios que reciben poco financiamiento no solamente violan los derechos humanos sino que también crean un foco peligroso para la salud de los reclusos y para la salud pública en general.

Muchos gobiernos han comenzado a asignar mayor cantidad de recursos a los sistemas penitenciarios. La mayoría de las medidas sobre prevención del VIH que se delinearon más arriba como, por ejemplo, el suministro de preservativos, cloro y agujas y jeringas, son relativamente poco costosas y se han aplicado con éxito en países de ingresos medios y bajos. Otras medidas, como el menor uso de las cárceles en respuesta al consumo ilegal de drogas, liberarían recursos al reducir la cantidad de internos en las cárceles. Sin embargo, a fin de abordar en forma efectiva la serie de desafíos que plantea el VIH para un manejo eficaz y ético de las cárceles y a fin de cumplir con las normas internacionalmente reconocidas sobre la salud y las condiciones en las cárceles, resulta imperativo que tanto

los gobiernos nacionales como la comunidad internacional proporcionen los recursos necesarios para desarrollar y aplicar intervenciones amplias sobre la base de información.

Financiamiento de fuentes nacionales

En la medida de lo posible, los programas y las estrategias que promueven la salud en las cárceles, mejoran las condiciones allí y abordan el tema del VIH (así como de la hepatitis y tuberculosis) deberían financiarse con fondos de los presupuestos nacionales. A continuación se enumeran algunas medidas que podrían facilitar esto:

- Identificar a los reclusos como una población vulnerable clave cuando se asignan recursos nacionales para combatir el VIH.
- Expandir los parámetros de los fondos nacionales asignados a los sectores vulnerables de la población para que abarquen a los internos, reconociendo que en muchos países las poblaciones vulnerables al VIH se encuentran representadas en forma desproporcionada en las cárceles.
- Maximizar el aliento y apoyo a las iniciativas de prevención, educación, asesoramiento y atención del VIH en base a la actuación de los pares. El hecho de incrementar el papel a jugar por los reclusos en el desarrollo y la provisión de los servicios y programas de salud aumenta la capacidad de las cárceles para responder al VIH.
- Asegurar que los reclusos tengan acceso a terapias antirretrovirales dentro de los planes de tratamiento nacionales.
- Dedicar fondos y recursos específicos para programas y servicios de VIH dentro de los presupuestos nacionales para las cárceles y asignar financiamiento específico para las iniciativas en las cárceles dentro del presupuesto nacional para VIH, salud y drogas.
- Revisar el impacto de los programas de control de drogas para combatir la transmisión del VIH en las cárceles y analizar la reasignación de fondos desde los programas ineficaces o contraproducentes hacia nuevas iniciativas basadas en la salud.
- Asegurar de que las organizaciones de la sociedad civil reciban fondos suficientes para jugar un papel integral y efectivo en los programas y servicios de VIH en las cárceles y de que se envíen fondos suficientes y sustentables y otro tipo de apoyo a los servicios externos ya sea médicos, sociales, de salud mental o de tratamiento de la drogadicción para permitirles brindar una buena atención a los internos liberados.

Financiamiento de fuentes internacionales

Las fuentes internacionales de fondeo para combatir el VIH incluyen el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, el Banco Mundial, diferentes fundaciones internacionales como la Fundación Bill and Melinda Gates y la Fundación Clinton, y varios donantes bilaterales. A fin de acceder a dichos recursos, es esencial que

el ministerio responsable del sistema carcelario se encuentre representado en los mecanismos nacionales de coordinación para el sida, tales como la autoridad de coordinación nacional del sida y el Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial.

Cuando un gobierno prepara propuestas para el financiamiento del VIH a partir de fuentes internacionales, el sistema carcelario debería asegurar que se incluya en la propuesta un componente sobre cárceles.

Recuadro 15: Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

El Fondo se estableció en 2002 a fin de aumentar los recursos para luchar contra tres de las enfermedades más devastadoras en el ámbito mundial y para dirigir los recursos a las áreas donde se presentan las mayores necesidades. Como alianza entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, el Fondo Mundial representa un enfoque innovador al financiamiento internacional de la salud. El propósito de este Fondo es atraer, gestionar y desembolsar recursos adicionales a través de una asociación público-privada que realizará una contribución sustentable y significativa para reducir las infecciones, enfermedades y los decesos, mitigando, por ende, el impacto producido por el VIH, la tuberculosis y la malaria en los países necesitados, y contribuyendo a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para más información sobre el Fondo Mundial visite <http://www.theglobalfund.org>.

Muchos países aplican programas de prevención y tratamiento del VIH en las cárceles a través de préstamos no reembolsables del Fondo Mundial.

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles

**Temas para las autoridades penitenciarias
y los administradores de cárceles**

**Módulo
3**

Este módulo está pensado principalmente para aquellos que cumplen funciones relativas a la administración de sistemas carcelarios y prisiones individuales. Esperamos que resulte de utilidad para los jefes de administraciones carcelarias nacionales y provinciales o regionales; y para jueces e inspectores encargados del escrutinio externo de las condiciones de las prisiones.

El objetivo del módulo es brindarles el conocimiento necesario sobre cuestiones clave en materia de prevención y atención del VIH. Los objetivos clave son:

- Explicar cómo se transmite el VIH en las prisiones;
- Explicar cuáles son los factores que contribuyen a que las cárceles sean entornos de alto riesgo para la transmisión del VIH y cómo se los puede abordar;
- Sugerir medidas de prevención del VIH que podrían adoptarse en las prisiones;
- Sugerir cómo las cárceles pueden brindar de la mejor manera posible tratamiento, atención y apoyo a los internos con el VIH o el sida.

El módulo concluye con respuestas a preguntas frecuentes.

Introducción y cuestiones clave para la administración de prisiones

Las autoridades y los administradores de las prisiones desempeñan un papel central en la aplicación de medidas efectivas de prevención, así como de tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH.

Las prisiones en las sociedades modernas son lugares complejos de administrar. El hacinamiento, la epidemia de enfermedades graves y mortales, y el uso de las cárceles para alojar enfermos mentales y usuarios problemáticos de drogas han contribuido a un aumento de los desafíos en materia de administración de centros penitenciarios en todos los niveles. La mayoría de los reclusos tienen problemas múltiples. Todo esto genera un entorno altamente desafiante para los encargados de garantizar seguridad, decencia y salud. Esperamos que esta herramienta resulte valiosa para demostrar como se pueden abordar de la mejor manera posible los problemas relacionados con el VIH en las prisiones.

Los administradores tienen un primer desafío, a saber, el de establecer el espíritu, el “ambiente” general del centro penitenciario. En el marco del VIH, hay tres cuestiones dominantes que deben orientar el accionar en las cárceles.

La primera es la necesidad de un enfoque integral, que apunte a

- Prevenir la prevalencia de comportamientos de alto riesgo; y
- Reducir el riesgo de transmisión de infecciones cuando ocurren dichos comportamientos.

Las relaciones sexuales y el consumo de drogas en las prisiones transgreden las normas carcelarias y el derecho penal. En las cárceles se debe hacer todo lo posible para prevenir el consumo de drogas y el sexo no seguro, y reducir los niveles de violencia — en especial, la violencia sexual. Sin embargo, es importante reconocer que los esfuerzos tendientes a impedir estas actividades, como el consumo de drogas en las cárceles, no siempre prosperarán. Las drogas ilegales están disponibles en las cárceles de todo el mundo a pesar de los esfuerzos sostenidos de los sistemas penitenciarios para evitar el uso de drogas ilegales por parte de las personas privadas de libertad— haciendo todo lo posible para impedir el ingreso de drogas a las prisiones, controlando rigurosamente la distribución de medicamentos de venta bajo receta y aplicando prohibiciones penales a la posesión y el uso de drogas entre los internos. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), “ya sea que las autoridades lo admitan o no — y por más que intenten reprimirlo — las drogas se introducen y los reclusos las consumen en muchos países... Negar o ignorar esta realidad no los ayudará a resolver el problema de la propagación continua del VIH”.

Por lo tanto, tomar medidas para intentar prevenir las relaciones sexuales y el uso de las drogas en primer lugar no es suficiente. Sabiendo que el sexo y el uso de drogas no pueden ser impedidos por completo, las cárceles también necesitan aplicar medidas para reducir los peligros para la salud relacionados con estas actividades, en especial la inyección no segura de drogas y el sexo sin protección. Esto no significa avalar estas actividades. Más bien, significa adoptar un enfoque pragmático que reconozca que en las

prisiones existen actividades de riesgo y reduzca los potenciales daños que las personas privadas de la libertad, el personal y la comunidad puedan sufrir.

La segunda cuestión clave es la necesidad de que el personal de una prisión y los internos cuenten con programas efectivos en materia de VIH en dichas prisiones. La ejecución de programas exclusivos para privados de libertad o exclusivos para el personal no sería suficiente para encarar las cuestiones que plantea el VIH en las cárceles. Tanto las personas en situación de encierro como el personal penitenciario tienen el derecho a la salud y el sistema penitenciario tiene la obligación de protegerlos. Sin un programa disponible en el lugar de trabajo para los funcionarios penitenciarios, puede que el personal que esté a cargo de la administración de un programa para personas privadas de la libertad no esté dispuesto a hacerlo. Puede que el personal penitenciario no entienda por qué los reclusos necesitan acceder a ciertas medidas de prevención del VIH o tengan prejuicios en contra de los internos u otros miembros del personal que vivan con el VIH o el sida. Si no se les brinda información, educación y elementos de protección, puede que sientan que se está dando mayor importancia a la protección de la salud de los reclusos que a la suya propia.

En tercer lugar, ciertos grupos de internos tienen necesidades particulares a las que debe responderse en los programas sobre VIH de las cárceles. Estos incluyen aquellos con una vulnerabilidad particular a la explotación, como las mujeres, los jóvenes y los niños, y aquellos con comportamiento de alto riesgo; entre otros, las personas que consumen drogas ilegales, los trabajadores sexuales, las personas con problemas mentales y los hombres que tienen sexo con hombres.

Finalmente, las medidas tendientes a prevenir la propagación del VIH y a brindar atención y tratamiento a los reclusos que viven con el VIH o el sida deben incorporarse en un marco más amplio para la prevención de enfermedades y la promoción de salud en las prisiones.

¿Cómo se transmite el VIH en las cárceles?

Elementos de inyección compartidos

En muchos países, una gran cantidad de personas llegan a la prisión con hábitos consolidados de consumo de drogas. En efecto, muchos internos están privados de su libertad debido, en primer lugar, a delitos relacionados con las drogas.

Las personas que usaban drogas antes de ser privadas de su libertad suelen encontrar una forma de continuar consumiéndolas dentro de la cárcel, aunque las tasas de prevalencia y frecuencia de consumo correspondientes a la mayoría de los reclusos — pero no a todos — bajan con la privación de su libertad. Algunas personas dejan de consumir drogas cuando están en prisión, mientras que otros privados de libertad comienzan a consumirlas, a menudo como una forma de aliviar tensiones y sobrellevar la situación de encontrarse en un entorno de hacinamiento y muchas veces violento.

El uso de drogas inyectables es también prevalente en muchas prisiones y es particularmente preocupante en lo que respecta a la transmisión del VIH (y otras enfermedades

transmisibles por vía sanguínea, como la hepatitis B y la hepatitis C). Esto se debe a que los que se inyectan drogas en las prisiones suelen compartir agujas y jeringas (y otros elementos necesarios para la inyección), lo cual constituye una vía muy eficiente de transmisión del VIH.

Dado que contrabandear agujas y jeringas en las prisiones es más difícil que contrabandear drogas, dichos elementos escasean. Suele darse el caso de que sólo unas pocas agujas y jeringas circulen entre una gran población en situación de encierro que se inyecta drogas. Como consecuencia, los elementos de inyección frecuentemente se comparten, y pueden inyectarse entre 15 y 20 personas utilizando los mismos elementos. Puede que una misma aguja y jeringa sean de propiedad de un recluso y que las dé en alquiler a cambio de dinero, o que las use exclusivamente un prisionero y la vuelva a utilizar varias veces en cuestión de meses. A veces, los elementos son de fabricación casera y se crean sustitutos de agujas a partir de plástico endurecido y bolígrafos, lo cual suele ocasionar daños en las venas, cicatrices e infecciones graves.

Una gran cantidad de estudios de países de todo el mundo dan cuenta de altos niveles de uso de drogas inyectables, incluso entre mujeres privadas de libertad. Los estudios muestran asimismo que:

- El alcance y el patrón de las inyecciones y agujas compartidas varían significativamente entre las cárceles;
- Muchas personas que se inyectaban antes de verse privadas de su libertad reducen la frecuencia de las inyecciones o dejan de inyectarse al entrar a la prisión, pero muchos reanudan dicha práctica cuando son liberadas;
- Algunas personas comienzan a inyectarse en la prisión; y
- Los que se inyectan en la cárcel suelen hacerlo con menos frecuencia que afuera, pero es mucho más probable que compartan elementos de inyección que quienes se inyectan en la comunidad. Asimismo, comparten dichos elementos con una población — otros internos — que suele tener una alta tasa de infecciones de VIH y VHC.

Recuadro 16: Uso de drogas en una prisión de Tailandia

Un estudio realizado entre los reclusos de la Prisión Central Klomg Prem de Bangkok reveló que el 25 por ciento de los reclusos entrevistados eran VIH positivos. La mitad de los reclusos entrevistados eran usuarios regulares de drogas inyectables y el 70 por ciento de ellos se había inyectado drogas mientras se encontraba en prisión. Casi la totalidad de los usuarios (el 95 por ciento) había compartido elementos de inyección en algún momento.

El consumo de drogas dentro de una prisión es obviamente ilegal y en muchos países se toman medidas estrictas para lograr que las prisiones estén libres de drogas. Entre ellas, se incluyen medidas preventivas, tales como el palpamiento regular de los reclusos, del

personal y de las visitas, el uso de perros especialmente entrenados y otros controles de seguridad. Asimismo, incluyen penas estrictas para quienes consumen drogas en prisión y quienes las introducen ilegalmente (para más información sobre estas medidas, ver más abajo la sección sobre medidas para la reducción del suministro de drogas).

A pesar de estas medidas, ningún sistema penitenciario — ni siquiera los sistemas con recursos económicos importantes — ha logrado impedir el ingreso y uso de drogas en las prisiones.

Transmisión a través de actividades sexuales

El sexo sin protección en las prisiones representa un riesgo de transmisión del VIH. El sexo en la prisión puede ser consentido, o bien forzado o coactivo. Asimismo, el sexo puede utilizarse como una forma de moneda dentro de la prisión y ser intercambiado por dinero, protección o drogas. Las formas violentas de sexo anal o vaginal, entre las que se incluye la violación, conllevan el mayor riesgo de transmisión del VIH, especialmente para el individuo pasivo, que tiene mayores posibilidades de sufrir daños o desgarros en las membranas del ano o de la vagina.

Es difícil determinar el alcance de la actividad sexual consentida y no consentida en las prisiones, dado que los estudios deben basarse en declaraciones realizadas por los reclusos, las cuales se ven distorsionadas por la vergüenza o el miedo a represalias o castigos adicionales. El sexo está prohibido en la mayoría de los sistemas penitenciarios, lo cual lleva a los privados de libertad a negar su participación en actividades sexuales y, en algunos países, el sexo entre hombres constituye un delito en sí, al que se le aplica la pena de privación de la libertad. El sexo en la prisión suele tener lugar en situaciones de violencia o intimidación, por lo cual tanto las víctimas como los victimarios son reacios a hablar sobre su ocurrencia. No obstante, los estudios en países de todo el mundo han demostrado que sí hay sexo, incluso sexo consentido y no consentido entre el personal penitenciario y las personas privadas de libertad.

Se cree que la prevalencia y el tipo de actividad sexual en la prisión dependen de una serie de factores, entre los que se incluye

- Si el lugar de reclusión es una celda individual o grupal;
- La duración de la pena;
- El nivel de permiso de visitas conyugales;
- El tamaño de la prisión y del sistema (el sexo tiende a ser más frecuente en sistemas grandes que facilitan el anonimato que en aquellos en los cuales los privados de libertad conocen los vecindarios y familias de los otros);
- Si las políticas o prácticas del centro penitenciario en cuestión permiten que los niños y jóvenes se alojen con los adultos, lo cual aumenta el riesgo de abuso sexual;
- La cantidad de personal y los niveles de supervisión.

Recuadro 17: Prevalencia de la actividad sexual en las cárceles

Estudios de muchos países de distintas regiones del mundo demuestran que el sexo es prevalente en las prisiones. Algunos ejemplos son los siguientes:

- En Nigeria, en un estudio con reclusos que utilizaron un cuestionario anónimo de identificación de factores de riesgo, el 5,2% de los encuestados admitieron haber tenido sexo en la prisión.
- En un estudio en Zambia, el 4% de los privados de libertad coincidieron en entrevistas individuales en que tuvieron relaciones sexuales con otros reclusos.
- En Brasil, en un estudio de 1059 privados de libertad en 2 cárceles, el 66% de los mismos refirió haber tenido sexo con visitas femeninas y el 10% refirió haber llevado a cabo prácticas sexuales con otros internos del mismo sexo.
- En Rusia, un estudio de 1044 privados de libertad concluyó que el 9,7% de los mismos alguna vez tuvo sexo en la prisión.
- En Tailandia, en una cohorte de 689 hombres privados de libertad de una prisión central de Bangkok más del 25% de los reclusos refirió haber tenido sexo con hombres alguna vez, de los cuales más del 80% continuó teniendo sexo, o empezó a tener sexo, con hombres en la prisión durante el período estudiado.
- En una encuesta llevada a cabo en seis cárceles europeas (Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Escocia y Suecia), el 1 % de los 871 privados de libertad refirió haber tenido alguna vez relaciones sexuales con alguien del mismo sexo en la prisión.
- En Canadá, el 6% de los privados de libertad federales encuestados a mediados de los 90 refirieron haber tenido sexo con otro prisionero.
- En Australia, una encuesta realizada a 530 reclusos de sexo masculino seleccionados al azar de Nueva Gales del Sur reveló que el 5% había tenido relaciones sexuales consentidas mientras se encontraba en prisión y un 2% refirió haber tenido relaciones sexuales no consentidas.

Tatuajes

En muchos países, hacerse tatuajes es una práctica común de las personas privadas de libertad. Los tatuajes pueden ser un signo de lealtad a un grupo o pandilla en particular.

Dado que los tatuajes implican abrir la piel con una aguja, es una actividad que representa un riesgo de transmisión de enfermedades transmisibles por sangre a través de elementos para tatuajes compartidos y su reutilización, como agujas y tintas — las cuales entran en contacto con grandes cantidades de sangre durante el proceso del tatuaje. Si bien en general los tatuajes no son reconocidos como un factor de riesgo para el VIH, lo cierto es que existe la posibilidad de transmisión del VIH y se han reportado casos en los cuales el VIH aparentemente se transmitió por los tatuajes en las prisiones. El mayor riesgo, sin embargo, es el de transmisión de la hepatitis C.

Las autoridades carcelarias de muchos países prohíben los tatuajes y la posesión de elementos para hacer tatuajes, y se prevén sanciones punitivas para quienes son descubiertos incurriendo en esa práctica. Como consecuencia, esta actividad suele llevarse a

cabo clandestinamente en las prisiones, a menudo en entornos no higiénicos, con el uso de elementos y tintas caseras y de la manera más veloz posible para minimizar el riesgo de que el personal carcelario lo descubra. Todos estos factores incrementan el riesgo de consecuencias sanitarias negativas a través de los tatuajes en las prisiones.

Otros comportamientos de riesgo

Otros comportamientos diversos representan factores de riesgo para las infecciones transmisibles por sangre en las prisiones. Las perforaciones (*piercings*) en el cuerpo y en las orejas son prevalentes en algunas cárceles. Estudios han revelado que éstas representan importantes factores de riesgo de hepatitis viral. La práctica de compartir elementos de afeitar/depilación. También se informa habitualmente en los países en desarrollo y en los países en transición. También se comparten los cepillos dentales, lo cual pone a los internos en riesgo de contraer infecciones transmisibles por sangre.

Recuadro 18: Prevalencia de otras actividades de riesgo en las cárceles

Estudios en países de distintas regiones del mundo demuestran que otras actividades de riesgo son prevalentes en las prisiones. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Un estudio australiano indicó que un 10% de mujeres privadas de libertad y un 5% de los reclusos de sexo masculino incurrían en autolesiones en las que se pierde sangre.
- Un estudio de reclusas federales en Canadá demostró que el 9% se produce tajo o incurre en otras formas de autolesión.
- Un estudio de Armenia reveló que el 5,2% de los reclusos había participado en rituales (de hermandad) en la cárcel que involucraron el intercambio de sangre.

¿Qué sabemos sobre la transmisión del VIH en la cárcel?

Las altas tasas de comportamiento de riesgo, en particular, el uso de drogas inyectables y el sexo sin protección, si las combinamos con la falta de acceso a medidas de prevención del VIH, pueden tener como consecuencia la rápida propagación del VIH. Hubo indicadores tempranos de que podría verificarse en las prisiones una extensiva transmisión del VIH. En Tailandia, el primer brote epidémico de VIH en el país probablemente comenzó entre los usuarios de drogas inyectables en el sistema carcelario de Bangkok en 1988.

Recuadro 19: El ejemplo tailandés: Cómo pueden contribuir las cárceles a la propagación del VIH

El primer brote epidémico de VIH en Tailandia probablemente comenzó entre usuarios de drogas inyectables en el sistema carcelario de Bangkok en 1988. La infección del VIH entre dichos usuarios aumentó de un dos a un 43 por ciento entre 1987 y 1988. El aumento fue inmediatamente posterior, y por ello se cree que se debió a la liberación de cientos de privados de libertad (incluidos muchos usuarios de drogas inyectables) en una amnistía otorgada en el día de cumpleaños del Rey.

La primera evaluación de riesgos entre una amplia cohorte de usuarios de drogas inyectables en Bangkok reveló que solamente dos factores de riesgos estaban asociados independientemente con la infección del VIH: el haber compartido agujas con dos o más personas en los seis meses anteriores y el haber estado en prisión. Los usuarios de drogas inyectables de Bangkok con antecedentes de haber estado en la cárcel presentaban el doble de probabilidad de estar infectados con VIH que los que nunca habían estado en prisión. En términos de riesgos absolutos, el 70% de la totalidad de los usuarios de drogas inyectables en este estudio habían estado en prisión al menos una vez y el 80% de todos aquellos con infección de VIH habían estado en prisión en algún momento.

Estudios posteriores han confirmado que los usuarios de drogas inyectables de Bangkok siguen presentando un alto riesgo de infección de VIH relacionada con la práctica de compartir agujas y la privación de la libertad.

Asimismo, se han documentado brotes de VIH en las prisiones de varios países, incluidos Escocia, Australia, Rusia y Lituania.

Recuadro 20: El ejemplo de Lituania: Qué puede ocurrir si hay un brote de VIH en la cárcel

En Lituania, la práctica de compartir agujas y jeringas en uno de los 14 establecimientos penales del país — el centro penitenciario Alytus — derivó en un rápido brote de VIH. Entre el 17 de mayo y el 20 de junio de 2002, el Organismo de Asuntos Penitenciarios y el Centro del sida de Lituania llevaron a cabo una encuesta en la prisión e identificaron 207 casos de privados de libertad VIH positivos. 44 de estos 77 reclusos habían sido VIH negativos en el estudio anterior de mayo de 2002. En total, durante el período comprendido entre mayo y agosto, se identificaron 299 nuevos casos VIH positivos. Se determinó que la causa de este brote de VIH fue el uso de drogas inyectables en la cárcel.

El alto grado de movilidad entre las prisiones y la comunidad general implica que las enfermedades transmisibles adquiridas en la prisión no quedan allí. Cuando las personas que viven con VIH recuperan su libertad, los problemas de salud de la prisión se extrapolan a la comunidad.

¿Qué otros factores contribuyen a que las cárceles sean ambientes de alto riesgo para el VIH y cómo se pueden abordar esos factores?

Además de estas actividades de alto riesgo, existe una serie de factores que hacen que los reclusos sean particularmente vulnerables a la infección del VIH. Estos factores incluyen:

- Violencia
- Hacinamiento
- Pandillas y actividades pandilleras
- Corrupción
- Malas prácticas médicas que involucran la utilización y reutilización de elementos médicos o dentales no estériles.

Violencia

Las prisiones suelen ser lugares de violencia. La exposición a la sangre humana y fluidos corporales a través de peleas, ataques y accidentes tiene el potencial de transmitir infecciones. Tanto los reclusos como el personal pueden estar expuestos a la sangre humana u otros fluidos corporales como consecuencia de ataques y peleas, lesiones accidentales por el uso de agujas y jeringas ocultas o al brindar primeros auxilios. Si bien el riesgo de transmisión del VIH durante episodios de violencia es pequeño, se han reportado casos de internos que contrajeron el virus de la hepatitis C como consecuencia de ataques físicos; dos casos posibles ocurrieron en Nueva Gales del Sur en Australia. Se reportó asimismo un caso de un oficial penitenciario que adquirió hepatitis C debido a sangre salpicada en una pelea entre dos personas privadas de libertad.

Las prisiones deberían por lo tanto encontrar formas de reducir los niveles de violencia interpersonal. Entre ellas, puede incluirse la introducción o mejora del acceso de las personas privadas de la libertad a actividades útiles como la educación, el trabajo o la capacitación vocacional y clasificación adecuada de los reclusos para evitar juntar a aquellos con conflictos potenciales, y alojar por separado a los internos vulnerables al abuso y a la violencia. El acceso a los deportes y a las actividades recreativas puede también contribuir a reducir tensiones entre los reclusos.

Hacinamiento

El hacinamiento o congestión es un problema endémico en muchos sistemas penitenciarios de todo el mundo. En África, hay un promedio de 150 internos por cada 100 literas y en algunos países el problema es aún mayor con espacio insuficiente en los dormitorios para que puedan dormir todas las personas privadas de la libertad alojadas.

El hacinamiento puede impedir los esfuerzos de encarar el VIH en el sentido de que exacerba los problemas de salud de aquellos que ya están enfermos y también lleva a mayores comportamientos de alto riesgo. Las condiciones de hacinamiento en las prisiones están ligadas a la propagación de la tuberculosis. Dado que es una enfermedad transmisible transportada por el aire, la tuberculosis es de fácil propagación cuando las condiciones son tales que se combinan una gran cantidad de personas con bajos niveles sanitarios.

El hacinamiento en las cárceles tiene una consecuencia directa en varios aspectos de la vida de un recluso, ya que conduce inevitablemente a un deterioro en la higiene, atención y supervisión. Además de los riesgos básicos de salud y sanitarios, la incidencia de las violaciones en una prisión varía en función de la intensidad del hacinamiento.

Recuadro 21: Algunos ejemplos: Cómo impacta el hacinamiento en prisiones de Sudáfrica en el VIH y el sida en las cárceles

En las prisiones de Sudáfrica, el hacinamiento puede conducir a comportamientos de alto riesgo, debido a que la creciente escasez de elementos simples como frazadas y calzado hace que dichos elementos se utilicen como productos básicos que se intercambian por actos sexuales. Un ex recluso explicó que en las celdas particularmente congestionadas las camas no alcanzan para todas las personas que se encuentran allí. Es de esperarse entonces que el hecho de compartir una cama con otro prisionero lleve a actividades homosexuales, a veces a cambio del privilegio de tener una cama para dormir. La única alternativa para algunos reclusos consiste en dormir en la ducha o el inodoro, ya que a veces ni siquiera hay espacio en el suelo.

Incluso cuando hay camas suficientes, la realidad práctica de ubicar 50 camas en un espacio pensado para 18 implica que no solamente se encimen tres o cuatro camas una arriba de la otra, sino que se las ubique una al lado de la otra con tal cercanía que todos sus lados se tocan con las otras camas. En una celda sudafricana típica, los reclusos que tienen la suerte de contar con una cama duermen literalmente uno al lado de otro y tocándose los pies. No es difícil imaginar las implicancias que esta falta de espacio personal definido o suficiente tiene para los comportamientos sexuales de alto riesgo.

KC Goyer (2003). HIV/AIDS in Prison. Problems, Policies and Potential. Pretoria: Institute for Security Studies (Monograph No. 79). Disponible en <http://www.iss.co.za/Pubs/Monographs/No79/Content.html>

El uso excesivo de la detención de usuarios de drogas representa una preocupación particular. En muchos países, un porcentaje significativo de la población de reclusos está compuesto por personas condenadas por delitos relacionados directamente con el consumo personal de drogas (es decir, aquellos que son detenidos por la posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal, aquellos condenados por delitos menores cometidos específicamente para financiar los hábitos de consumo). El encarcelamiento de cantidades significativas de personas que usan drogas aumenta la posibilidad de uso de drogas dentro de las cárceles, lo que lleva a crecientes prácticas no seguras de inyección y riesgo de transmisión del VIH.

Por lo tanto, las medidas tendientes a reducir la población de reclusos y el hacinamiento en las prisiones deberían estar acompañadas por una estrategia integral para prevenir la transmisión del VIH en las prisiones, mejorar la atención médica y mejorar las condiciones en las cárceles, la cual debe considerarse un componente esencial de dichas medidas.

La mejor solución a largo plazo para el problema del hacinamiento consiste en reducir la cantidad de personas privadas de la libertad introduciendo cambios a las normas procesales penales y políticas de imposición de penas y la fijación de objetivos gubernamentales para reducir el hacinamiento en las prisiones. A corto plazo, el hacinamiento puede reducirse mediante amnistías, revisando la legalidad del estado de detención, de manera tal que aquellos que estuvieran detenidos ilícitamente puedan ser liberados, y quitando a los grupos a los que no les corresponde estar detenidos, como los internos con trastornos mentales.

Sin embargo, los administradores de las cárceles pueden también desempeñar un papel y mitigar los efectos del hacinamiento mediante un mejor aprovechamiento del espacio general disponible, revisando los niveles de seguridad y clasificando a los internos en función de los riesgos de seguridad, de manera tal que los reclusos de más bajo riesgo puedan ser alojados en secciones con menor seguridad e introduciendo actividades que generen ingresos y produzcan alimentos dentro de la prisión.

Pandillas

Las pandillas y las actividades pandilleras presentan un problema particular en ciertas prisiones. Esto hace a la cuestión del VIH, dado que las actividades pandilleras pueden involucrar violaciones y ataques sexuales. Las pandillas también incurren en prácticas sexuales sin protección para iniciar a los miembros y a menudo requieren que los miembros se tatúen en la prisión para demostrar su pertenencia a una pandilla determinada.

Las pandillas que operan en las calles pueden continuar sus actividades en la cárcel cuando sus miembros son privados de su libertad. Por lo tanto, para un recluso se torna esencial unirse a una de las pandillas a fin de sobrevivir y estar protegido de la violencia; y las batallas entre las pandillas son una característica normal de la vida en prisión. Las pandillas pueden asimismo desempeñar cierto papel en la distribución de drogas dentro de las prisiones.

Recuadro 22: Impacto de la actividad pandillera en el VIH en las cárceles

El poder de las pandillas de los 26 y los 28 dentro de las prisiones sudafricanas invade a casi todas las cuestiones relacionadas con el VIH/Sida en las cárceles. Muchos comportamientos de alto riesgo están relacionados directamente con la actividad pandillera. La pertenencia a ambas pandillas frecuentemente incluye hacerse tatuajes y es bastante común que varios reclusos se tatúen al mismo tiempo utilizando la misma aguja. La violencia entre los privados de libertad que lleva a sangrado es también producto de la actividad pandillera. Puede que a los reclusos se les exija atacar a otro y extraer sangre a fin de iniciarse en una pandilla. Para los miembros de la pandilla de los 26, la práctica de apuñalar a otra persona, generalmente a alguien ajeno a la pandilla, se denomina phakama y permite que un miembro de la pandilla ascienda de rango en función de la gravedad del ataque y la situación de la persona atacada.

Mientras que los miembros de la pandilla de los 26 se dedican a atacar con puñaladas, la actividad principal de la pandilla de los 28 es el sexo y la prostitución.

KC Goyer (2003). HIV/AIDS in Prison. Problems, Policies and Potential. Pretoria: Institute for Security Studies (Monograph No 79). Disponible en <http://www.iss.co.za/Pubs/Monographs/No79/Content.html>

El abordaje del problema de las pandillas en las prisiones suele involucrar medidas tales como:

- Alojar a los líderes pandilleros en distintas prisiones;
- Utilizar la segregación en relación con los miembros de las pandillas y permitirles regresar a la prisión normal solamente si renuncian a su calidad de miembros de la pandilla;

- Medidas educativas tendientes a romper con la cultura pandillera;
- Involucrar a los líderes pandilleros en la lucha contra el VIH y utilizarlos como educadores de pares;
- Involucrar a las organizaciones de la sociedad civil en labores con las pandillas en la prisión y en la comunidad.

Corrupción

Los aspectos de corrupción particularmente relevantes en lo que respecta al VIH incluyen la participación o complicidad activa del personal penitenciario para el contrabando de drogas; exigiendo sobornos para permitirle a los reclusos ver a un médico; o manteniendo relaciones sexuales con los reclusos. Tratar el tema de la corrupción es parte de un proceso más amplio de introducción del estado de derecho en las prisiones.

Se requiere tomar medidas en varios frentes simultáneamente, entre las que se incluye:

- Mejorar la remuneración y condiciones de trabajo del personal — la corrupción prospera cuando la remuneración del personal es tan baja que dicho personal pretende percibir dinero adicional de los privados de libertad a fin de sobrevivir;
- Elaborar un código de conducta para el personal;
- Proteger a los que revelan prácticas corruptas — la habilitación de una línea telefónica de denuncias de corrupción puede ser efectiva.

Entre las medidas prácticas se incluye:

- Minimizar las oportunidades para que las personas participen en prácticas corruptas; por ejemplo, trasladando regularmente al personal a distintas partes de la prisión para que sea más difícil desarrollar relaciones corruptas con otros miembros del personal y con los internos. Sin embargo, este sistema presenta la desventaja de que puede afectar el trabajo positivo y las buenas relaciones con los internos.
- Palpar al personal carcelario a la entrada y salida del trabajo; si se lo lleva a cabo en forma sensible, puede resultar efectivo y ayudar al personal a resistirse a la presión de sus pares e internos de ingresar o llevarse elementos ilícitos.
- Introducir un sistema por el que se prescindiera del uso de efectivo en los departamentos financieros de las prisiones.

Prácticas médicas deficientes

En algunos países, el uso de elementos médicos y dentales no esterilizados adecuadamente o la reutilización de elementos médicos y dentales desechables puede constituir también una fuente de transmisión del VIH y otras enfermedades transmisibles por sangre. Dichas prácticas pueden derivar de varios factores, tales como un presupuesto insuficiente para el servicio de salud de las prisiones, problemas de suministro de insumos, capacitación deficiente y baja motivación del personal. Por lo tanto, la mejora de los servicios de salud en la cárcel y un mayor financiamiento, capacitación y motivación del

Recuadro 23: Ejemplo: un Código de conducta para el personal carcelario

Relaciones con los reclusos

El personal debe ejercer particular precaución para asegurarse de que, al tratar con los internos, ex internos y sus amigos y parientes, no haya lugar a abuso, declaraciones falsas o explotación en el caso de ninguna de las partes. Las relaciones entre el personal y las personas privadas de libertad deben ser profesionales. En especial, el personal no debe:

- Provocar, utilizar fuerza innecesaria o ilegítima o atacar a un prisionero.
- Usar lenguaje ofensivo hacia un recluso.
- Mantener relaciones sexuales con una persona privada de la libertad.
- Facilitarle a los privados y ex privados de libertad, información personal o de otra índole sobre el personal, los internos o sus amigos y parientes que sea confidencial.
- Tener algún tipo de contacto no autorizado dentro o fuera del lugar de trabajo con los internos o ex internos.
- Acceder a intentos por parte de los reclusos de obtener información no autorizada o favores, y debe denunciar ese tipo de incidentes.

Corrupción

El comportamiento corrupto es inaceptable. El personal no debe solicitar o aceptar ventaja, recompensa o trato preferencial alguno para sí mismo u otros, mediante el abuso o un mal uso de su poder y autoridad.

Fragmento de: HM Prison Service Order. Professional Standards: Preventing and Handling Staff Wrongdoing. Número de orden 1215 (17 de febrero de 2003). Appendix 1: Professional Standards Statement.

personal son elementos importantes de los esfuerzos generales tendientes a prevenir la propagación de infecciones en las cárceles.

¿Qué medidas de prevención del VIH deberían adoptarse en las cárceles?

Dado el alto riesgo de transmisión del VIH (y del VHC y la tuberculosis) y la experiencia en algunos países de importantes brotes de VIH en las prisiones, los gobiernos de todo el mundo están reconociendo la necesidad de adoptar un enfoque integral para prevenir la propagación del VIH en las prisiones. Aunque los administradores penitenciarios censuran fuertemente el uso de drogas y el sexo en sus cárceles, han aceptado cada vez más que es imposible erradicar estas actividades y que se necesita un enfoque realista. Éste comprende los siguientes elementos:

- Programas de información, educación y comunicación para las personas privadas de la libertad y para el personal;
- Proveer acceso a asesoramiento sobre el VIH y a diagnóstico;

- Entregar preservativos y llevar a cabo medidas para impedir violaciones, violencia sexual y coerción;
- Proporcionar terapia de sustitución y otras formas de tratamiento para la drogodependencia;
- Aplicar otras medidas para reducir la demanda de drogas;
- Instrumentar medidas para reducir el suministro de drogas;
- Facilitar agujas y jeringas estériles o cloro u otros desinfectantes.

Debe prestarse atención especial a las mujeres y jóvenes y se deben adaptar los programas a sus necesidades específicas.

Asimismo, se debería tomar una serie de medidas para reducir el riesgo de transmisión de otras infecciones, tales como las infecciones transmitidas por vía sexual, la hepatitis y la tuberculosis.

Finalmente, es necesario tomar asimismo medidas para reducir el riesgo de infección del personal.

Programas de información, educación y comunicación para los internos y para el personal penitenciario

Los programas de información, educación y comunicación sobre el VIH y cómo prevenir su transmisión son los ingredientes menos polémicos y más utilizados de una política sobre el VIH en los centros penitenciarios.

Las cárceles son entornos importantes para los esfuerzos de educación sobre el VIH debido a:

Recuadro 24: El Colectivo de Educación en materia de sida Boma

El Programa Nacional sobre el sida de Surinam desarrolló un programa de educación y apoyo que comprende actividades para reclusos, personal carcelario y no carcelario, y organizaciones diversas. Se seleccionaron reclusos de sexo masculino y guardias de prisiones para su capacitación como educadores de pares. Los reclusos de sexo masculino formalizaron su condición mediante la constitución del Colectivo de Educación en materia del sida (Boma SIDA Education Collective -BAEC). No se incluyeron mujeres privadas de libertad en la capacitación, porque la mayoría estaban cumpliendo penas cortas y estaban, por lo tanto, involucradas en sesiones de capacitación que se centraban en la transmisión sexual y de madre a hijo de infecciones de transmisión sexual. BAEC produjo folletos educativos sobre el VIH en tres idiomas para privados de libertad nuevos y liberados para todos los reclusos en Surinam. Los folletos fueron posteriormente puestos a prueba y modificados sobre la base de los comentarios de 17 reclusos. El Programa fue presentado oficialmente en abril de 1992 cuando BAEC organizó una semana sobre sida/ETS. Las actividades de la semana incluyeron clases sobre el VIH, proyección de videos, debates y análisis de VIH. Se produjo un manual para los educadores de pares y desde entonces se ha incluido capacitación en materia de sida/ETS en el programa de instrucción de los guardas carcelarios. Se puso en marcha una serie de actividades colaborativas con organizaciones no carcelarias para demostrar que los privados de libertad son parte de una comunidad más amplia preocupada por el VIH.

- La alta prevalencia entre los internos de personas infectadas con VIH y personas con factores de riesgo de infección de VIH;
- El alto potencial de transmisión del VIH en las cárceles, especialmente a través de la actividad sexual y de elementos compartidos para la inyección de drogas compartidos;
- La liberación final de casi todos los privados de libertad adultos y jóvenes encarcelados;
- Las altas tasas de reincidencia carcelaria;
- La viabilidad de ofrecer programas de educación sobre el VIH en las prisiones.

Al mismo tiempo, los esfuerzos de educación sobre el VIH en el ambiente de las prisiones enfrentan desafíos específicos. En particular, muchos reclusos sospechan de las cosas “oficiales” o relacionadas con el gobierno, lo cual significa que los programas creados por la administración de las cárceles o por el personal de la prisión sin aportes de los privados de libertad pueden ser ineficaces.

Recuadro 25: Radiodifusión en las cárceles rusas

Un proyecto de colaboración en los Urales entre BBC World Service Trust, Londres; la Fundación para Radio Independiente, Moscú; el Centro de Medios de Eurasia, Yekaterinburg, y Mano de Ayuda, Chelyabinsk está instalando redes de radiodifusión de línea fija en seis colonias penales seleccionadas en los oblasts de Sverdlovskaya y Chelyabinskaya. Los especialistas en programación educativa producirán entonces 45 paquetes de radio que apuntan a crear conciencia sobre cuestiones de salud (especialmente VIH y tuberculosis), así como cuestiones legales y el proceso de rehabilitación. Estos programas se emitirán en las seis colonias en cuestión y se transmitirán a otras prisiones de toda la región.

Los programas de información y educación deberían:

- Idealmente formar parte de un programa más amplio de educación sobre la salud y promoción de la salud;
- Difundir las realidades sobre el VIH y sobre cómo (no) se transmite, así como información sobre otras enfermedades que son comunes en las cárceles, en especial, aquellas de transmisión sexual, la hepatitis B y C y la tuberculosis;
- Contener información precisa, objetiva, accesible y pertinente;
- Crear conciencia entre los reclusos y el personal sobre los problemas de salud relacionados con actividades de riesgo como inyección de drogas, sexo sin protección, tatuajes y perforaciones (*piercings*) en el cuerpo;
- Educar a las personas privadas de la libertad sobre cómo protegerse a sí mismos de infecciones, lo que debe incluir educación sobre el uso correcto de los preservativos y lubricantes, cómo inyectarse sin riesgos, y cómo limpiar agujas, jeringas y elementos para realizar perforaciones de la piel;

- Educar al personal carcelario sobre el uso de las llamadas “precauciones universales” para prevenir la transmisión del VIH en el marco de sus funciones en las prisiones;
- Contrarrestar la estigmatización y discriminación de las personas que viven con VIH y el sida y de aquellos vulnerables a la enfermedad en la prisión, especialmente personas que usan drogas y hombres que tienen sexo con hombres;
- Explicar cómo se manifiesta el VIH y otras enfermedades y los tratamientos disponibles.

La capacitación puede incluir una variedad de enfoques pedagógicos y utilizar folletos o videos. Se pueden distribuir documentos en papel a nuevos internos pero estos documentos deberían estar disponibles en la prisión para su consulta en cualquier momento. Estos documentos deberían estar escritos en varios idiomas, según el contexto local. A pesar de esto, pueden resultar difíciles de entender para las personas privadas de libertad de países extranjeros o para quienes no saben leer. Por lo tanto, estos documentos deben tener la mayor cantidad de imágenes posibles para que resulte más fácil su comprensión.

Las personas privadas de libertad suelen reaccionar bien a los videos y a las presentaciones orales. La experiencia demuestra que las sesiones de capacitación son mucho más efectivas si son interactivas. La educación entre pares — diseñada y brindada por los internos para los internos — es particularmente efectiva.

Recuadro 26: ¡La educación entre pares funciona! El ejemplo de Siberia

Una evaluación de la efectividad de un programa de capacitación entre pares sobre el VIH llevada a cabo en una colonia penal para personas privadas de libertad de sexo masculino drogodependientes en Siberia reveló que el programa tuvo como resultado un mayor conocimiento sobre el VIH. En especial, una proporción significativamente más alta de los privados de libertad refirieron un mayor conocimiento sobre cómo puede transmitirse y cómo no puede transmitirse el VIH. La evaluación concluyó que “la entrega de materiales educativos y la capacitación de pares como educadores puede ser una forma económica de llegar a una población que es difícil de acceder desde fuera de la prisión”.

Los educadores de pares desempeñan un papel vital en la educación de otros reclusos, dado que la mayoría de los comportamientos que ponen a las personas privadas de la libertad en riesgo de contraer VIH en las cárceles involucran prácticas ilegales o prohibidas y estigmatizadas. Por ello, los pares son las únicas personas que pueden hablar con franqueza a otros internos sobre las formas de reducir el riesgo de contraer infecciones. Asimismo, no es probable que el aporte de los educadores de pares se vea con el mismo grado de suspicacia con que se recibe a la información brindada por la jerarquía de la prisión. Los educadores de pares tienen mayores posibilidades de analizar de un modo realista las alternativas al comportamiento de riesgo que están a disposición de los privados de libertad y están en mejores condiciones de determinar las estrategias educativas que funcionarán dentro de su prisión y la estructura de poder informal entre ellos.

Recuadro 27: La importancia de involucrar a los jóvenes en el diseño de actividades educativas

Un estudio realizado entre adolescentes varones privados de la libertad, en Brasil, halló que los esfuerzos iniciales destinados a desarrollar una intervención centrada en la prevención del VIH despertaron una limitada participación. Pero cuando los educadores incluyeron a adolescentes en el trabajo de desarrollar intervenciones basadas en sus propios intereses y necesidades, utilizando modalidades como la música, las artes hip-hop, los graffiti y ayudándolos a crear un disco compacto sobre prevención del VIH, la respuesta fue entusiasta. El estudio concluye en que las intervenciones para jóvenes en prisión son mejores cuando éstas se desarrollan en colaboración con ellos y se basan en sus creencias, aspiraciones y cultura. La intervención resultante trascendió lo inherente al VIH para incluir además otros temas como la violencia, las drogas, la sexualidad y los derechos humanos.

Además de los enfoques basados en pares, la experiencia sugiere que las organizaciones no gubernamentales y otros profesionales ajenos al sistema carcelario están en mejores condiciones de brindar educación. Las experiencias con las iniciativas de prevención del VIH demuestran que los privados de libertad pueden desarrollar una mayor confianza con el personal de organizaciones no gubernamentales y otros profesionales ajenos a la prisión que con el personal que integra la gerencia de la prisión.

Finalmente, las actividades de información y educación deben adaptarse a las necesidades de los contextos penitenciarios particulares, especialmente en el caso de las cárceles para mujeres o para jóvenes.

Para ser eficaces, las campañas de información y educación deben hallarse insertas en una estrategia de comunicación que tenga objetivos claros y mensurables, y un componente de evaluación. No es suficiente poner afiches en una pared y distribuir panfletos ocasionalmente. Ambas, información y educación, deben estar disponibles al entrar y salir de las cárceles y ser refrescadas periódicamente. Asimismo, los programas deben ser objeto de monitoreo y evaluación para descubrir si los reclusos y el personal comprenden la información y si las intervenciones reducen o no las conductas riesgosas.



Para más detalles (y referencias completas) sobre programas de información y educación y otras medidas de prevención del VIH tratadas en este modulo, véase:

WHO, UNODC, UNAIDS (2007). [Comprehensive review.] *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible a través de <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>

Lista de verificación 3: Programas de información y educación

Los siguientes factores influyen en la eficacia de las intervenciones en materia de información y educación en las cárceles. Marque con un tilde si el programa de la unidad penitenciaria a su cargo concuerda con las prácticas óptimas:

- ¿El programa es integral? (Por ejemplo, ¿incluye información sobre el uso más seguro de drogas, o sexo más seguro, o demostraciones sobre cómo usar correctamente un preservativo, o cómo pueden higienizarse los elementos para la inyección de drogas? ¿Incluye consejos para la gente que consume drogas sobre cómo evitar una sobredosis después de quedar en libertad?)
- ¿Es apropiado lingüística y culturalmente?
- ¿Responde a las necesidades de las diversas poblaciones (si están presentes en la cárcel a su cargo), en particular de mujeres y jóvenes en situación de encierro, pero también de minorías de otras culturas?
- ¿El programa es adecuado al nivel promedio de lectura y comprensión de los/las internos/as?
- ¿Ha sido desarrollado y diseñado con los aportes y la participación de los/las internos/as?
- El componente para el personal de la prisión ¿ha sido desarrollado con los aportes y la participación del personal de la prisión?
- ¿Se promueve y alienta la educación de los pares? (¿Se ha fijado algún criterio para capacitar a los educadores de pares? ¿Se ha capacitado a los educadores de pares y se les han brindado tareas/responsabilidades específicas para desarrollar como educadores de pares? Estas oportunidades para los educadores de pares ¿elevan continuamente el nivel de conocimientos sobre VIH y temas relacionados? ¿Se ha desarrollado un plan de sustentabilidad para la educación de los pares?)
- En el momento de la admisión ¿se les brinda a todos los que ingresan (inclusive a los detenidos bajo prisión preventiva) un paquete de información sobre el VIH y el sida, y otros temas importantes? ¿Se ofrecen cursos de repaso y sesiones educativas en forma continua para sustentar y reforzar el mensaje sobre la salud relacionada con el VIH?
- ¿Se organizan sesiones interactivas de educación, además de la distribución de panfletos o proyección de un vídeo?
- ¿Se organizan actividades en el calendario anual para elevar la sensibilización sobre VIH, como el Día Mundial del sida (1° de diciembre)?
- ¿Se utilizan métodos educativos modernos (como las sesiones interactivas)?
- El programa de educación ¿es parte de un programa de prevención más integral que incluya tratamiento por drogodependencia, provisión de preservativos y cloro, un programa de agujas y jeringas, y otras medidas?
- Para las mujeres privadas de libertad, ¿el programa de educación incluye información sobre la transmisión de la madre al niño, y está relacionado con el acceso a los servicios integrales de salud reproductiva para las internas que tienen VIH?

Asesoramiento y análisis de VIH

El asesoramiento y el análisis son importantes por dos razones:

- Como parte de un programa de prevención del VIH (brinda información y apoyo para cambiar la conducta de quienes estén por incurrir en comportamientos riesgosos); y
- Como forma de poder diagnosticar a quienes viven con VIH y ofrecerles tratamiento, cuidados y apoyo apropiados.

El análisis de VIH siempre debe ser voluntario, y los reclusos deben tener fácil acceso tanto al análisis como al asesoramiento durante todo el período que permanezcan en prisión. Es importante encarar esfuerzos para mejorar el acceso al análisis de VIH y al asesoramiento respectivo en las cárceles, a medida que estos esfuerzos llegan a una población carcelaria que corre alto riesgo de infectarse con VIH y que, con frecuencia, no había utilizado los servicios de asesoramiento y análisis fuera de la prisión.

Por consiguiente, los privados de libertad deben tener varias opciones respecto del análisis de VIH:

- El análisis del VIH debe ofrecerse a todos los reclusos en ocasión del examen médico de ingreso a la cárcel.
- Además, dado que el momento del ingreso es estresante y que muchos pueden no querer hacerse el análisis de VIH justo en esa ocasión, dicho análisis debe estar disponible para que puedan hacerlo en cualquier momento de su permanencia en prisión. En las sesiones educativas sobre VIH, y a través del personal médico, a las personas privadas de libertad debe recordárseles con regularidad que tienen la posibilidad de hacerse el análisis del VIH, además de fomentar este hecho.

Muchos de los beneficios de someterse al análisis del VIH dependen del asesoramiento previo y posterior a éste; inclusive dichos beneficios aumentan gracias al asesoramiento. Los reclusos con resultado positivo deben recibir asesoramiento y derivación a tratamiento, cuidados y apoyo. El asesoramiento posterior al análisis también puede servir para brindar importante información sanitaria relacionada con la reducción del riesgo a la mayoría de los reclusos que hayan accedido a la prueba y obtengan resultado negativo.

Tanto el análisis de VIH como el asesoramiento deben estar estrechamente ligados a la posibilidad de acceso al tratamiento, a los cuidados y al apoyo para quienes el resultado sea positivo. El análisis de VIH (y el asesoramiento respectivo) no es un fin en sí mismo, sino un medio para que la gente pueda tener acceso a los cuidados, el tratamiento y el apoyo si el resultado de la prueba es VIH positivo, y tome medidas para reducir el riesgo de transmitir la infección a los demás. La conexión entre el análisis de VIH y los cuidados y el tratamiento concordantes con los estándares que prevalecen en la comunidad externa es esencial para alentar a los reclusos a participar en los programas de realización del análisis del VIH.

Debe tenerse cuidado en asegurar protección a la confidencialidad de la información médica y de evitar la estigmatización y las consecuencias negativas de hacer el análisis: los

Lista de verificación 4: Programas de asesoramiento y análisis de VIH

Los siguientes factores influyen en la eficacia de las intervenciones en materia de asesoramiento y análisis de VIH en las prisiones. Tilde aquí los programas de sus cárceles que concuerdan con las prácticas óptimas.

- ¿A todas las personas privadas de libertad se les ofrece el análisis de VIH al ingresar a prisión?
- Adicionalmente, ¿pueden acceder fácilmente al análisis en cualquier momento durante su permanencia en la cárcel?
- ¿Es gratuito?
- Regularmente, a través de actividades educativas y del personal sanitario, ¿se les recuerda a los reclusos que pueden tener acceso al análisis de VIH y se les explican los posibles beneficios?
- ¿Siempre es voluntario el análisis del VIH? (El análisis obligatorio, sin el consentimiento informado del privado de libertad, no es necesario ni ético).
- ¿Todas las personas que se someten al análisis reciben asesoramiento previo y posterior?
- ¿Los profesionales de la salud han recibido capacitación para prestar servicios de asesoramiento y realización del análisis de VIH?
- ¿El asesoramiento para las mujeres privadas de su libertad incluye dialogar sobre la transmisión de la madre al niño?
- ¿Se garantiza la confidencialidad de los resultados del análisis?
- En cuanto a los resultados ¿son entregados en forma confidencial por el personal sanitario?
- ¿Se protege contra la discriminación a los reclusos cuyo análisis resulta positivo? En particular, ¿se los mantiene entre la población general y pueden participar en los mismos programas que los otros reclusos? (A los reclusos con VIH no debe prohibírseles ningún trabajo, ni las actividades recreativas o sociales por causa de su estado serológico respecto al VIH).
- ¿El asesoramiento y el análisis del VIH están estrechamente relacionados con el acceso a tratamientos, cuidados y apoyo? ¿Son inmediatamente derivados a tratamiento y apoyo los reclusos cuyo análisis resulta positivo?
- ¿El asesoramiento y el análisis de VIH forman parte de un programa integral de prevención contra el VIH que incluya acceso a las medidas preventivas, de forma tal que los privados de libertad con análisis positivo puedan dar los pasos necesarios para prevenir la transmisión del virus a los demás?

reclusos no estarán de acuerdo en hacerse el análisis de VIH y recibir asesoramiento si luego, en caso de ser positivo el resultado, tendrán que enfrentar discriminación o abuso.

Además de tener acceso al análisis de VIH y al asesoramiento respectivo, las personas privadas de libertad necesitan tener acceso a los medios para protegerse a sí mismos. Como se indicó anteriormente, muchos internos, incluidos aquellos que son concientes de su estado serológico respecto al VIH, se embarcan en actividades que conllevan el riesgo de transmitirlo. No es suficiente el solo hecho de conocer el estado serológico respecto al VIH para prevenir su transmisión cuando los medios que le permitirían a la persona reducir ese riesgo no están a su alcance en la cárcel y la única posibilidad sería frenar la conducta que crea el riesgo.

Entrega de preservativos y prevención de violaciones, violencia sexual y coerción

Reconociendo el hecho de que existe actividad sexual en las prisiones y dado el riesgo implícito de transmisión de la enfermedad, la entrega de preservativos (y lubricantes solubles en agua) ha sido ampliamente recomendada. La Organización Mundial de la Salud, en sus directrices de 1993 sobre la Infección por VIH y el sida en las Prisiones (*Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*), recomienda la disponibilidad de preservativos para los reclusos “durante todo el período de su detención” y previo a “cualquier forma de licencia o libertad”.

Entrega de preservativos

Ya en 1991, un estudio de la Organización Mundial de la Salud descubrió que 23 de los 52 sistemas penitenciarios encuestados proveían de preservativos a los reclusos. Hacia agosto de 2001, 18 de los 23 sistemas penitenciarios de la Unión Europea en preexpansión tenían preservativos a disposición. Actualmente, muchos sistemas penitenciarios en otras partes del mundo, incluidos Canadá, Australia, ciertas cárceles de los Estados Unidos, algunas prisiones de Europa Oriental y Asia Central, Brasil, Sudáfrica, Irán e Indonesia, también ponen preservativos a disposición de los privados de libertad.

En algunos ámbitos carcelarios ha habido obstáculos para la distribución de preservativos y, asimismo, oposición por parte del personal y de las autoridades penitenciarias al sexo entre hombres en virtud de una combinación de factores; entre ellos, objeciones culturales, sobrecarga de trabajo, prohibición de la actividad sexual por parte de la institución y cuestiones de seguridad. Los críticos de la distribución de preservativos a los reclusos arguyen que dicha entrega llevará a un aumento de la actividad sexual entre ellos y que los preservativos serán usados para ocultar drogas.

De todos modos, estos obstáculos pueden superarse y además se comprobó que los temores son infundados. La experiencia de muchos países que dispusieron la entrega de preservativos en las prisiones ha demostrado que la provisión de éstos es factible en una amplia variedad de entornos carcelarios — incluyéndose aquí aquellos países donde la actividad sexual entre personas del mismo sexo es un delito — y que los privados de libertad los utilizan para prevenir infecciones durante la actividad sexual cuando se dispone del libre acceso a preservativos en la prisión.

Los preservativos deben estar disponibles de forma fácil y discreta, idealmente en las áreas de baños, duchas, salas de espera, talleres, o salas de día donde los reclusos pue-

“Lamentablemente, en muchos lugares todavía existe una fuerte corriente adversa al sexo entre hombres (especialmente en prisión) y el correspondiente rechazo a hacer algo que pueda ser interpretado como aprobación. Estas actitudes tendrán que cambiar si las sociedades quieren ver una disminución del índice de infección por causa del VIH — dentro y fuera de la prisión.”

Las Cárceles y el Sida. ONUSIDA Punto de Vista, Abril 1997

dan tomarlos sin ser vistos. La distribución puede ser realizada por el personal sanitario, por máquinas expendedoras, por reclusos capacitados (pares) o combinando estas formas. Cada prisión debe decidir cuál es la mejor manera de poner los preservativos a disposición de los privados de libertad para que estén al alcance en una forma fácil y discreta. Se considera que los presos no tendrían que tener que pedirlos, ya que son pocos los que lo harían por no querer revelar que mantienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Los preservativos debieran entregarse a los reclusos sin cargo y en un “estuche sanitario” al momento del ingreso. Allí se debería incluir información sobre el VIH y demás temas, al igual que otros elementos como afeitadora, cepillo de dientes, jabón, etc. También debiera entregarse un lubricante soluble en agua pues reduce la posibilidad de rotura del preservativo y/o desgarramiento rectal, ambos casos coadyuvantes al riesgo de transmisión del VIH.

Ningún sistema penitenciario que haya permitido el uso de preservativos ha revertido su política, y ninguno ha informado problemas de seguridad u otras consecuencias importantes negativas. En particular se observó que, una vez introducido su uso, el acceso a los preservativos no obstruye la rutina de la prisión, no representa amenaza alguna para la seguridad y las operaciones, no lleva al aumento del sexo dentro de las cárceles, y es aceptado por la mayoría de los reclusos y funcionarios de los correccionales. Por lo general aumenta el apoyo a la provisión de preservativos una vez que ha comenzado el programa.

Recuadro 28: Las evaluaciones de los programas de distribución de preservativos reflejan buenos resultados

Una investigación llevada a cabo en el Establecimiento Central de Detención de Washington, D.C. (Central Detention Facility) destinada a medir la aceptabilidad del programa de distribución de preservativos determinó que el acceso a éstos no obstruía la rutina carcelaria, no planteaba amenazas a la seguridad o a las operaciones, no aumentaba la actividad sexual, y era aceptada por la mayoría de las personas privadas de libertad y funcionarios penitenciarios. La investigación concluyó en que el modelo podía replicarse fácilmente en otras instituciones.

La evaluación del programa de distribución de preservativos en las cárceles de Nueva Gales del Sur, Australia, reveló

- Que el 84% de los privados de libertad estaban a favor de la provisión de preservativos
- Que el nivel de acoso denunciado por los reclusos que usaban máquinas de distribución de preservativos era bajo
- Y lo más importante, que los internos usaban preservativos al tener sexo anal.

Desde octubre de 1997 hasta septiembre de 1998, se distribuyeron 294.853 preservativos en las prisiones de Nueva Gales del Sur. Estas cifras son el equivalente de un preservativo por semana para cada preso. En general no hay indicadores de consecuencias negativas como resultado del programa de distribución de preservativos.

Sin embargo, en 1997, en Kingston, Jamaica, tras el anuncio del gobierno de proveer preservativos a los reclusos y al personal penitenciario, se produjo una huelga y un motín provocados por el propio personal que resultó en seis muertes. La ofensa provocada por la insinuación de la actividad sexual entre personas del mismo sexo fue el motor de la huelga y el motín. Esto muestra que en algunos países en los que existen sanciones legales contra la sodomía en la comunidad externa a la prisión, y donde se observan creencias y prejuicios profundamente arraigados contra la homosexualidad, la introducción de preservativos en las cárceles como medida preventiva del VIH puede demandar una preparación especial que, mediante la educación y la información, explique cuál es el propósito de introducir dichos preservativos. También deben desarrollarse iniciativas que contrarresten el estigma que enfrentan quienes mantienen relaciones íntimas con personas del mismo sexo.

Prevención de violaciones, violencia sexual y coerción

Si bien es importante la provisión de preservativos en la prisión (junto con lubricantes solubles en agua), no es suficiente para abordar el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Hay evidencia de que la violencia, incluido el abuso sexual, es común en las cárceles. En muchos sistemas penitenciarios, los presos viven en condiciones de hacinamiento, con escasa supervisión y protección, y vulnerables al abuso sexual.

Por lo tanto, la protección contra el VIH depende también de las medidas que se tomen para prevenir la violación, la violencia sexual y la coerción en las prisiones. Algunas de estas medidas — como la reforma penal necesaria para reducir las poblaciones carcelarias, de forma tal que los guardias, con frecuencia pocos y mal pagos, puedan proteger a los reclusos vulnerables de la violencia y la coerción sexual — deben ser decididas por los responsables de la formulación de políticas y los legisladores, pero las autoridades penitenciarias también tienen la responsabilidad de evitar las violaciones, la violencia sexual y el sexo por coerción.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, en sus *Directrices sobre la Infección por el VIH y el sida en las Prisiones (Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons)* y en las *Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos (International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights)*, destaca que las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de combatir las conductas sexuales agresivas, como violaciones, explotación de presos vulnerables y toda forma de victimización del preso, mediante la dotación del personal adecuado, la vigilancia eficaz, las sanciones disciplinarias, además de la educación, el trabajo y los programas de esparcimiento. Son necesarias también las intervenciones en materia de estructura, por ejemplo, una mejor ilumi-



Para más detalles y referencias, véase: OMS, UNODC, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission*. Evidence for Action Technical Papers. Disponible en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o bien en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Lista de verificación 5: Distribución de preservativos y prevención del sexo no consentido

Los siguientes factores influyen en la eficacia de los programas de distribución de preservativos y prevención del sexo no consentido. Marque con un tilde si las intervenciones de sus cárceles concuerdan con las prácticas óptimas:

- Antes de introducir un programa de distribución de preservativos: ¿Se han preparado actividades educativas e informativas para explicar por qué es importante comenzar su distribución en la prisión? (La introducción de los programas debe prepararse cuidadosamente, en particular, cuando se trata de cárceles donde podría haber una oposición inicial a esta entrega.)
- ¿Se puede acceder fácil y discretamente a los preservativos para que los privados de libertad puedan tomarlos en varios lugares de la prisión sin tener que pedirlos y sin ser vistos por los demás?
- ¿Se controla la provisión de preservativos con regularidad y, si es necesario, se reponen?
- Al ingresar a la cárcel ¿se entregan a los reclusos los preservativos en un “estuche sanitario” que contenga información y herramientas para la protección de la salud, como p. ej., lubricante soluble en agua, desinfectante, afeitadora, cepillo de dientes, jabón, un folleto sobre el VIH, sobre enfermedades infecciosas y abuso de drogas, etc.?
- ¿Se permiten las visitas de cónyuges y, en tal caso, se proveen preservativos?
- ¿Se suministran preservativos a los reclusos cuando se los libera?
- ¿Son gratuitos?
- ¿También disponen de un lubricante soluble en agua?
- ¿Se toman medidas para aumentar la aceptación y el uso de preservativos entre los presos, por ejemplo, fomentando las conversaciones entre pares?
- El programa de educación sobre VIH ¿instruye a los presos sobre el uso correcto de preservativos y lubricantes?
- Los programas de capacitación continua del personal ¿incluyen secciones dedicadas al VIH y, específicamente, a destacar por qué es importante disponer de preservativos en la cárcel?
- ¿Las mujeres privadas de libertad tienen acceso a preservativos y barreras de látex? (Estas barreras son pequeñas piezas cuadradas de látex que se utilizan para sexo oral-vaginal y oral-anal. Toman el nombre del uso que tienen en la práctica dental. Las barreras de látex ayudan a reducir la adquisición de infecciones transmitidas sexualmente durante el sexo oral, actuando como barrera frente a las secreciones vaginales y anales que contienen bacterias y virus.)
- ¿Se están aplicando medidas para combatir conductas sexuales agresivas, como violaciones, explotación de presos vulnerables y toda forma de victimización del recluso?
- Para disminuir más tales comportamientos ¿se ha establecido un plan de metas y objetivos claros, y calendarios de ejecución?
- En particular, ¿siempre se mantiene separados a los privados de libertad jóvenes de los adultos? ¿Se brinda protección a los presos vulnerables?

nación, mejores duchas y mejor disposición de los lugares para dormir. En particular, los reclusos vulnerables deben contar con protección y los juveniles deberán estar separados de los adultos.

Terapia de sustitución de opiáceos y otras formas de tratamiento de la drogodependencia

Como se indicó previamente, muchos reclusos en todos los países del mundo consumen drogas mientras están en prisión, incluidas aquellas inyectables. Al menos en parte, esto obedece al hecho de que una proporción importante de reclusos son drogodependientes.

A fin de reducir la transmisión de VIH por el uso de elementos contaminados para la aplicación de inyecciones, debe fomentarse en los privados de libertad:

- No consumir drogas en absoluto;
- Si siguen consumiendo, no inyectarse; y
- Si se inyectan, no compartir el material de inyección.

Por ende es fundamental ofrecer tanto los programas como el tratamiento de la drogodependencia a fin de reducir el riesgo de infección en la prisión.

Con respecto al tratamiento de la drogodependencia, va creciendo el consenso de que puede ser eficaz en la cárcel si responde a las necesidades de los reclusos, si tiene la suficiente duración y calidad, y si también se ofrece atención después ser puestos en libertad.

Existen muchos tipos de tratamiento de la drogodependencia, pero básicamente puede agrupárselos en dos categorías:

- Terapia de sustitución de opiáceos (TSO)
- Programas basados en la abstinencia.

Terapia de sustitución de opiáceos

Todo tipo de tratamiento de drogodependencia tiene cierta incidencia en los riesgos de transmisión del VIH, pero los programas de terapias de sustitución de opiáceos (TSO) son los que mejor posibilidad tienen de reducir el uso de drogas inyectables y el consiguiente riesgo de propagar la infección.

Los programas de TSO traen aparejada la prescripción de una droga que tiene una acción similar a la droga ilícita, pero con un grado menor de riesgo. Se utilizan como estrategias de prevención del VIH que ofrecen a los drogodependientes una opción adicional para alejarse del uso compartido de agujas.

¿Por qué un tratamiento de sustitución?

La forma más usada de TSO es el tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT, por sus siglas en inglés). La metadona se ha utilizado durante décadas para tratar la dependencia a la heroína y a otros opiáceos, y fue agregada a la lista de “drogas esenciales” de la Organización Mundial de la Salud en 2005. Recientemente desarrollada, también la buprenorfina es bastante usada en diversos países. Ambas han demostrado que pueden disminuir enormemente el riesgo de infección de VIH al reducirse el uso de las drogas inyectables y al mejorar la salud y calidad de vida de la gente dependiente de opiáceos.

Los programas comunitarios de TSO se han difundido rápidamente desde mediados de los años 90. Hoy, más de medio millón de personas recibe los programas de TSO en todo el mundo. En un documento donde expresan su postura compartida, ONUSIDA, OMS y UNODC afirmaron que:

La terapia de mantenimiento con sustitución de opiáceos es una de las opciones de tratamiento más efectivas contra la dependencia a los opioides. Esta terapia puede disminuir el alto costo que significa para las personas, sus familias y toda la sociedad, ya que reduce el consumo de heroína, las muertes implícitas, los comportamientos con riesgo de transmisión del VIH y la actividad delictiva. La terapia de mantenimiento con sustitución de opiáceos es un componente vital de los enfoques basados en la comunidad para el manejo de la dependencia a los opioides y en la prevención del riesgo de infección con VIH entre usuarios de drogas inyectables.

Existe una amplia documentación que respalda la eficacia de los programas de TSO en la disminución de comportamientos de alto riesgo con drogas inyectables y en la reducción del riesgo de contraer VIH. También hay evidencia de que la TSO es el tratamiento disponible más efectivo para heroínómanos usuarios de drogas inyectables, en términos de reducción de la mortalidad, del consumo de heroína y de la delincuencia. Las preocupaciones que surgieron respecto de la TSO demostraron carecer de fundamento. En particular, la TSO no reveló ser un obstáculo para el cese del uso de drogas y, efectivamente, se observó que es más efectivo que los programas de desintoxicación al promover la permanencia en programas de tratamientos para drogadicción y la abstinencia del uso de drogas ilegales. Finalmente, existe evidencia de que las personas que se encuentran dentro de una TSO y que se ven forzadas a salir de la metadona porque están encarceladas, con frecuencia vuelven al uso de narcóticos, usualmente dentro del sistema penitenciario, y habitualmente por vía inyectable. Por consiguiente se ha recomendado ampliamente que los reclusos que estaban en una TSO fuera de la prisión tengan permiso para continuarlo dentro de la cárcel.

Al igual que en la comunidad, si la TSO se pone a disposición de los reclusos, tiene el potencial de reducir el uso de agujas y jeringas compartidas en la prisión. Por ello, la Organización Mundial de la Salud en sus *Directrices sobre la Infección por el VIH y el sida en las Prisiones (Guidelines on HIV/AIDS in Prisons)* recomendó: “Los reclusos que estén en tratamiento con metadona desde antes de su encarcelamiento deben continuarlo mientras están en prisión. En aquellos países en que se dispone de mantenimiento con metadona para las personas opiáceodependientes de la comunidad, este tratamiento también debe estar disponible en las cárceles”.

¿Dónde se ofrece?

En todo el mundo, un número creciente de sistemas penitenciarios ofrecen la TSO a los reclusos, incluidos los sistemas carcelarios de Canadá y Australia, algunos de los Estados Unidos, la mayoría de los sistemas carcelarios de los 15 “viejos” estados miembros de la Unión Europea (UE) y los sistemas de otros países como Irán e Indonesia. En España, el 18% de todos los reclusos, o bien el 82% de las personas con problemas de drogadicción en prisión, reciben este tratamiento.

Los programas de TSO también existen en las cárceles de algunos de los “nuevos” estados miembros de la UE (Eslovenia, Hungría, Malta y Polonia) aunque con frecuencia siguen siendo pequeños y benefician solamente a un cierto número de presos que lo necesitan. Finalmente, una mayor cantidad de cárceles en Europa Oriental y la antigua Unión Soviética han comenzado a aplicar programas de TSO (como en Moldova) o planean hacerlo próximamente (como en Kirguistán), pero la terapia de sustitución (TS) todavía no está disponible en las cárceles en otros países de la región.

Comprobación de los beneficios

Algunos sistemas penitenciarios todavía son renuentes a ofrecer la TSO, o extenderla a reclusos que no la venían recibiendo antes de ser encarcelados. Hay quienes consideran que la metadona o la buprenorfina es simplemente otra droga más que altera el estado de ánimo, cuya administración demora la posibilidad de que la persona supere esa existencia centrada en la droga. Otros objetan a la TSO basándose en cuestiones morales, arguyendo que meramente reemplaza una drogodependencia por otra. No obstante, en años recientes, las evaluaciones de los programas de TSO aplicados en prisión han dejado en claro sus beneficios.

Los estudios revelan que si el dosaje es adecuado (por lo menos 60mg de metadona) y el tratamiento se administra durante todo el período de permanencia en la cárcel, estos programas reducen el uso de drogas inyectables y agujas compartidas y la consecuente propagación del VIH y de otras infecciones de transmisión sanguínea. Además cuentan con otros valiosos beneficios adicionales, tanto para la salud de los reclusos que participan en los programas como para los sistemas penitenciarios y la comunidad. Por ejemplo:

- La terapia de sustitución de opiáceos (TSO), tiene un efecto positivo sobre el comportamiento de los privados de libertad tratados dentro de la institución penitenciaria debido a la reducción de la búsqueda de drogas, lo que también mejora la seguridad de la prisión en todos los órdenes.
- El reingreso en prisión es mucho menos probable entre los reclusos que reciben la TSO;
- La TSO que se aplica en los centros de reclusión facilita significativamente el reingreso y la permanencia en dicho tratamiento de los privados de libertad tratados, una vez que se produce su liberación, en comparación con aquellas PPL participantes, exclusivamente, de programas de desintoxicación.
- Aunque la administración de las cárceles con frecuencia plantea preocupaciones iniciales sobre la seguridad, el comportamiento violento, y la incursión de metadona, estos problemas no se producen una vez que se aplica el programa de TSO;
- Tanto los presos como el personal de la prisión informan sobre el impacto positivo que tiene la TSO en la vida de la prisión;
- La TSO ofrece un contacto diario entre los servicios de atención de la salud y los pacientes, hecho que lleva a una relación desde donde será posible abordar otros temas de salud y conectar al recluso con otras estrategias de prevención del VIH.

Recuadro 29: Canadá: La evaluación de la TSO demuestra sus beneficios en las cárceles

En Canadá, el sistema carcelario federal difundió el acceso al tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT) luego de que la evaluación demostrara el impacto positivo del MMT en los resultados del recluso puesto en libertad y en el comportamiento dentro de la institución. Quienes participaron en este programa tenían menos probabilidad de cometer delitos y volver a prisión. Esto es importante porque el costo del programa institucional de la TSO puede quedar compensado por el ahorro en los costos generados por los transgresores al reinsertarse en la comunidad y permanecer con éxito en ella por un período más largo que los transgresores que no recibieron ese tratamiento.

Además, la TSO puede ayudar a reducir el riesgo de una sobredosis en quienes son liberados. Muchos reclusos vuelven a inyectarse una vez que salen de prisión, pero lo hacen con un riesgo mayor de sobredosis fatal motivado en que ya han reducido la tolerancia a los opiáceos. Las investigaciones a fondo revelan que un gran número de muertes durante las primeras semanas luego de la puesta en libertad obedecen a sobredosis. Esto señala la utilidad y necesidad de que la cárcel sea un factor de provisión del tratamiento de drogadicción que contrarreste tales situaciones de riesgo y destaque la importancia de la TSO, no solamente como estrategia de prevención del VIH en las prisiones, sino como estrategia para reducir las muertes por sobredosis luego de la liberación del privado de libertad.

Recuadro 30: Resultados positivos. Tratamiento de mantenimiento con metadona en cárceles del Irán

Con el fin de evitar comportamientos de alto riesgo, se inició el primer proyecto con metadona en 2003 en la prisión de Ghezel Hesar, ubicada en la provincia de Teherán. En los siguientes 18 meses había llegado a aplicarse en 12 provincias del Irán. Mil cuatrocientos reclusos se sometieron al tratamiento de mantenimiento con metadona en las primeras épocas de administración de metadona en las cárceles y posteriormente este número creció con rapidez. Los resultados del tratamiento muestran una disminución importante en el uso de drogas inyectables —lo que desempeña un papel crucial en la prevención del VIH— y una reducción de más del 90% en lesiones auto infligidas y peleas.

Otra razón que refleja la importancia de la terapia de sustitución de opiáceos

La terapia antirretroviral (TAR) para el VIH se encuentra cada vez más disponible en muchos países de bajos y medianos ingresos en los que este tratamiento era inaccesible hasta hace muy poco tiempo. En varios países, especialmente en Europa Oriental y Asia central, la mayoría de las personas que necesitan la TAR son quienes se inyectan drogas. Muchos de ellos pasarán tiempo en prisión y necesitarán poder acceder tanto a ambos programas, TSO y TAR, sin interrupción, ya que la TSO ha demostrado ser eficaz para facilitar la ejecución y adhesión al TAR entre usuarios de drogas inyectables.



Para mayor información sobre la TSO, véase:

OMS, UNODC, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers*. Puede accederse al documento en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o a través de <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Organización Mundial de la Salud (2004). *WHO/UNODC/UNAIDS position paper – substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Disponible en inglés y ruso en http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/ Declaración de una postura conjunta sobre terapia de mantenimiento para personas dependientes de opiáceos.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Evidence for action technical papers. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Disponible a través de <http://www.who.int/hiv/idu/en/>. Revisa la evidencia sobre el tratamiento de sustitución y concluye en que “es necesario que los responsables de la formulación de políticas tengan en claro que el desarrollo del tratamiento de sustitución de drogas es un componente vital dentro de la estrategia de prevención del VIH entre usuarios de opiáceos inyectables”.

Corrections Victoria (2003). *Victorian Prison Opioid Substitution Therapy Program: clinical and operational policy and procedures*. Disponible a través de <http://www.justice.vic.gov.au/>. Excelente documento donde la política y los procedimientos brindan el encuadre para administrar tratamientos de sustitución.

Correctional Service Canada (2003). *Specific guidelines for methadone maintenance treatment*. Ottawa: CSC. Disponible a través de <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/index-eng.shtml>

Estas directrices aportan antecedentes generales sobre los reclusos y el uso de drogas, una sección que detalla las metas y los objetivos del tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT), los criterios de admisión y el control de calidad para el MMT, y el rol del equipo de intervención sobre metadona (MIT, por sus siglas en inglés); una sección dedicada a las responsabilidades específicas de cada miembro del MIT; otra sección sobre dosificación; otra sobre la prueba de detección de drogas en orina; otra sobre intervenciones con tratamientos para la drogodependencia que acompañan al MMT; y diversos apéndices.

Otros tipos de tratamiento para la drogodependencia

A diferencia del tratamiento de sustitución de opiáceos, que se ha puesto a disposición en forma progresiva a los reclusos en muchos sistemas carcelarios, en parte, debido a su potencial de reducir el uso de drogas inyectables y el consiguiente riesgo de propagación de la infección, existen otros tipos de tratamientos para la drogodependencia que no se han introducido en las cárceles con el objetivo de prevenir el VIH. Por consiguiente, no sorprende que haya poca información sobre la eficacia de estas otras formas de tratamiento como estrategia de prevención del VIH. Existe la necesidad urgente de examinar su eficacia en el contexto del VIH. En general, salvo excepciones, están faltando evaluaciones independientes y sistemáticas de los resultados de estas intervenciones.

De todos modos, además del tratamiento de sustitución, también es importante ofrecer programas de tratamiento basados en la abstinencia, en los cuales los reclusos deben abstenerse totalmente de consumir drogas. Tales programas refuerzan la ambición de las cárceles de tratar de capacitar a los presos para que lleven una vida sin cometer delitos tras recuperar su libertad.

Hay una gran variedad de programas de abstinencia, pero todos comienzan con una fase de evaluación e incluyen otra de desintoxicación. Ejemplos de estos programas de abstinencia son las terapias de comportamiento cognitivo, las terapias de prevención de recaídas o el enfoque comunitario terapéutico.

Un tratamiento de buena calidad, adecuado y accesible puede mejorar la seguridad en la prisión, al igual que la salud y el funcionamiento social de los reclusos, y además puede disminuir la reincidencia, siempre que la prisión brinde el tratamiento y el apoyo continuos, la atención posterior a la puesta en libertad y que satisfaga las necesidades individuales de los reclusos. Para concretar un programa de esta naturaleza, siempre es necesario emplear especialistas que lo introduzcan y manejen. Este tratamiento realizado mientras se está en prisión puede funcionar y ayudar a reducir la cantidad de consumo de drogas dentro de ella y afuera, cuando se recupera la libertad. Dado que muchos presos tienen graves problemas con el uso de drogas ilegales, es importante aprovechar la oportunidad que les da la encarcelación para administrarles tratamiento y rehabilitación.

Existe además la necesidad de asegurar que lo que se invierte en tratamientos dentro de la cárcel no se pierda luego por la falta de cuidados posteriores a la liberación. Serán muy probables las recaídas de los transgresores, a menos que el tratamiento continúe después en la comunidad. Además de las necesidades de tratamiento para la drogodependencia, muchos ex privados de libertad tienen problemas de vivienda y dificultades financieras, e inclusive problemas psiquiátricos. Pueden quedar en libertad pero con escaso apoyo familiar o con familias y amigos profundamente disfuncionales. Por esta razón, el cuidado posterior a la puesta en libertad no debe limitarse al tratamiento de drogadicción. En teoría, unos pocos meses antes de salir de prisión, el personal carcelario tiene que ayudar a los reclusos con un plan de tratamiento continuo para el problema de la drogodependencia, identificar otras necesidades, y localizar los servicios comunitarios apropiados para abordar esas necesidades. Una vez liberados, los ex privados de libertad podrán requerir alojamiento libre de drogas, alfabetización, información y educación sobre el VIH, colocación laboral, manejo a largo plazo de recaídas y servicios sociales. Las organizaciones de la sociedad civil con frecuencia realizan esfuerzos para ayudar a los transgresores para volver a establecerse. Es importante que las prisiones entablen relación asociándose con estos grupos.

En algunos países, los agentes de libertad vigilada brindan atención luego de la liberación. En ciertos casos, una parte de la sentencia se cumple bajo supervisión dentro de la comunidad. Otra alternativa es que los internos sean liberados anticipadamente bajo libertad condicional u otra modalidad dentro de esta condición. En estos casos existe la oportunidad de incluir condiciones que puedan ayudarlos a alejarse del consumo de drogas y otros comportamientos de alto riesgo.

Lista de verificación 6: Terapia de Sustitución de Opiáceos y otras formas de tratamiento de la drogodependencia

Los siguientes factores influyen en la eficacia del tratamiento de sustitución y de otras formas de tratamientos de la drogodependencia en las cárceles. Marque con un tilde si los programas de su prisión concuerdan con las prácticas óptimas:

- ¿Los lineamientos de la TSO en la prisión concuerdan con los lineamientos de la TSO que se aplican en la comunidad?
- Las personas que se encuentran dentro de una TSO en la comunidad antes de ser encarceladas, ¿pueden continuar dicho tratamiento sin interrupción luego de su arresto y encarcelación?
- En los países en los que la TSO se encuentra disponible en la comunidad para individuos dependientes de opiáceos, ¿también está disponible para los reclusos que desean comenzar en prisión, en las mismas condiciones que en la comunidad?
- ¿El programa de la TSO incluye algún sistema integral de planificación de altas para los reclusos que estén acercándose a la fecha de su liberación, y que contenga un sistema para derivarlos a una TSO en la comunidad externa?
- ¿El personal penitenciario y los reclusos han recibido información objetiva acerca de la TSO?
- ¿También se dispone de otras formas de tratamiento de la drogodependencia basadas en la abstinencia para los reclusos que lo soliciten?
- ¿Estas formas de tratamiento tienen pruebas de sustentación?
- ¿Incluyen un componente de planificación del alta y de la atención posterior a la puesta en libertad para asegurar que los privados de libertad reciban ayuda y apoyo continuos en su drogodependencia y reinserción?

Otras medidas para reducir la demanda de drogas

Además del tratamiento de la drogodependencia existen otras estrategias para reducir la demanda de drogas que también pueden ayudar a prevenir la transmisión de VIH en las cárceles. No obstante es importante advertir desde el comienzo que tales esfuerzos muy probablemente no puedan eliminar el uso de drogas en las cárceles. En efecto, aun los sistemas carcelarios que han destinado grandes recursos financieros a tales esfuerzos, no han podido eliminar el uso de drogas. Por consiguiente, estos esfuerzos no pueden reemplazar las otras medidas antes descritas sino que deben encararse para complementarlas.

Entrega de información sobre drogas y uso de drogas

No ha podido comprobarse que la entrega de información sobre drogas y uso de drogas, por sí sola, haya cambiado la actitud hacia ellas. No obstante, es necesario brindar información sólida y correcta para tomar decisiones sanas, razón por la cual los programas sobre drogodependencia deben tener un componente educativo.

Trabajo, estudio y otras actividades

Las investigaciones muestran que una de las razones de los reclusos para consumir drogas cuando están en prisión es combatir el aburrimiento y la alienación, además de buscar relajación. Esto sugiere la necesidad de contar con actividades más significativas en las cárceles. El hecho de dar a los reclusos oportunidades de trabajar y/o estudiar mientras están en la cárcel, o actividades como deportes, teatro, de enriquecimiento espiritual y cultural, con el fin de que accedan a formas exigentes y sanas de emplear su tiempo, puede tener un efecto positivo sobre los comportamientos riesgosos, en particular si se complementan con una educación apropiada sobre prevención del uso de drogas (que incluya información y conocimientos prácticos para la vida).

Enseñanza de conocimientos prácticos para la vida

Impartir este tipo de enseñanza también es muy importante. Los conocimientos prácticos para la vida son habilidades relacionadas con la capacidad de adaptación y el comportamiento positivo que les permite a las personas manejarse con eficacia frente a las demandas y dificultades de la vida diaria. Incluyen: conocimiento de sí mismo, empatía, habilidades de comunicación, habilidades interpersonales y para la toma de decisiones, habilidades para la resolución de problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, y tolerancia a las emociones y al estrés. Estas competencias personales y sociales, junto con la información adecuada sobre drogas y el uso de drogas, ayudan a la gente a elegir opciones más sanas.

Establecimiento de las unidades denominadas “libres de droga”

Otra estrategia para reducir la demanda de drogas usada por un número cada vez mayor de sistemas carcelarios, principalmente en países ricos en recursos, es establecer las llamadas unidades “libres de droga”. En general, estas unidades o alas son sectores separados para vivir dentro de la prisión que se centran en limitar la disponibilidad de drogas y alojar reclusos que voluntariamente firmaron un contrato prometiendo no consumir droga. En algunos casos, estas unidades se concentran únicamente en la interceptación de droga mediante requisas intensas, mientras otros sistemas se manejan con un enfoque multifacético combinando medidas de interceptación de droga con servicios de tratamiento. Las unidades “libres de droga” pueden ser de ayuda en la tarea de combatir la propagación del VIH en prisión, si es que lograron disminuir el uso de drogas, particularmente el uso de drogas inyectables. Un pequeño número de estudios revela que las llamadas unidades “libres de droga” efectivamente reducen notablemente los niveles de consumo entre los residentes del sector. Estas unidades ejercen un atractivo para muchos privados de libertad, incluso para los que no tienen problemas de droga y quieren vivir en un entorno “sin droga”. No obstante, los estudios nada dicen sobre si las unidades “libres de droga” atraen —y retienen con éxito— a los usuarios de droga más problemáticos, en particular, los presos usuarios de drogas inyectables. Actualmente no hay información sobre la eficacia de las unidades “libres de droga” como estrategia para la prevención del VIH.

Lista de verificación 7: Otras medidas para reducir la demanda de drogas

Los siguientes factores influyen en la eficacia de las medidas para reducir la demanda de drogas en las cárceles. Marque con un tilde si los programas de sus prisiones concuerdan con las prácticas óptimas:

- ¿Se les da a los presos la oportunidad de trabajar y/o estudiar?
- ¿Se les provee de otras actividades como deportes, teatro, y otras para su enriquecimiento espiritual y cultural?
- ¿Se les brinda información sólida y correcta sobre drogas y el uso de drogas?
- ¿Se les brinda educación sobre conocimientos prácticos para la vida?
- ¿Tienen la opción de vivir y alojarse en unidades "libres de droga"?
- ¿Se les brinda apoyo adicional a quienes viven en esas unidades durante la condena y cuando se los libera?

Medidas para reducir el suministro de drogas

Puede utilizarse una amplia gama de técnicas de requisa y secuestro en un intento de reducir la disponibilidad de drogas en las cárceles. Estas medidas de reducción del suministro incluyen: requisas al azar por parte del personal de seguridad; la requisa y revisión del personal carcelario y de las visitas entrantes y salientes; perros entrenados para la detección de drogas; monitoreo por circuito cerrado; medidas de seguridad en el perímetro (enrejado en el patio de ejercitación, cercos internos más altos para prevenir proyectiles, vehículos de respuesta rápida para patrullar el perímetro de la prisión); compra de alimentos exclusivamente de proveedores aprobados; analistas de inteligencia en cada institución; tecnologías de detección de drogas (tales como escáneres de iones, equipos de rayos X, etc.); modificaciones al diseño y diagramación de las áreas de visita (uso de muebles fijos y de baja altura); y realización de la prueba de detección del consumo de drogas (también llamada urinálisis).

Muchos sistemas carcelarios, particularmente en países ricos en recursos, han puesto un énfasis considerable en estas medidas para reducir el suministro de drogas. Si bien tales medidas no están dirigidas a abordar la cuestión del VIH en las cárceles, pueden traducirse en consecuencias involuntarias sobre los esfuerzos de prevención del VIH (y del VHC, virus de la hepatitis C). Las medidas de interceptación de drogas pueden colaborar con los esfuerzos de prevención del VIH, al reducir el suministro de drogas y la inyección de drogas en las prisiones. Pero al mismo tiempo pueden dificultar más tales esfuerzos.

Por ejemplo, muchos sistemas carcelarios ricos en recursos efectúan la prueba de orina a los presos en forma regular o al azar para controlar el uso de drogas ilegales. Si se encuentra que consumieron drogas ilegales pueden enfrentar penalidades. Desde la perspectiva de la salud pública se elevaron inquietudes en el sentido de que estos programas pueden aumentar, antes que disminuir, el riesgo de los presos de infectarse con VIH. Se ha comprobado que aplicando tales programas se puede contribuir a reducir la demanda

y el uso de marihuana en las cárceles. Sin embargo estos programas parecen tener poco efecto en el uso de opiáceos. Efectivamente hay pruebas de que un pequeño número de gente puede volcarse a las drogas inyectables para evitar la detección del uso de marihuana en la prueba de detección de drogas. La marihuana puede rastrearse en la orina por mucho más tiempo (hasta un mes después de su consumo) que las drogas aplicadas por inyección, como la heroína y otros opiáceos. Algunos presos eligen inyectarse drogas antes que correr el riesgo de recibir las penalidades relacionadas con fumar marihuana, simplemente para minimizar el riesgo de detección y castigo. Dada la escasez de agujas estériles y la frecuencia con que se comparten agujas en la prisión, el vuelco hacia las drogas inyectables puede tener serias repercusiones en la salud de los reclusos.

Generalmente, a pesar de que muchos sistemas carcelarios realizan importantes inversiones en medidas de reducción del suministro de drogas, hay poca evidencia empírica disponible sólida y coherente que confirme que reducen el uso de drogas. En particular, no hay evidencia de que estas medidas puedan llevar a la reducción del riesgo de VIH.

Por consiguiente, los sistemas carcelarios que enfrentan una restricción de recursos no deben aplicar costosas medidas como las tecnologías y pruebas de detección drogas que pueden agotar una cantidad importante de recursos que de otra forma podrían utilizarse en el manejo del VIH y el sida en las cárceles. En cambio, deben focalizarse en las medidas antes descritas y ya comprobadas, con buena relación costo/beneficio para la prevención del VIH y en los esfuerzos para mejorar las condiciones en las cárceles y las condiciones de trabajo y la remuneración de su personal, sin el cual no tendrían éxito las demás estrategias de reducción del suministro de drogas.

Lista de verificación 8: Medidas para reducir la oferta de drogas

Las siguientes preguntas merecen consideración por parte de las cárceles establecidas en entornos de recursos pobres a la hora de aplicar medidas para reducir el suministro de drogas:

- Las medidas para reducir el suministro de drogas ¿están precedidas, o al menos acompañadas, por otras medidas destinadas a mejorar las condiciones de las cárceles o las condiciones de trabajo y la remuneración del personal, reconociendo que las primeras tienen poca posibilidad de éxito sin las segundas?
- ¿Se están tomando medidas tales como las inspecciones al azar hechas por los guardias de seguridad y la requisita e inspección del personal y de las visitas entrantes y salientes?
- ¿Sería factible aplicar en sus cárceles otras medidas para reducir la oferta de drogas — en particular, las tecnologías de detección de drogas y la urinálisis? ¿Cuáles serían las condiciones previas necesarias para estar aptos para aplicar esas medidas? ¿Les restaría valiosos recursos a las medidas de prevención del VIH, comprobadas y de buena relación costo/beneficio o a los esfuerzos para mejorar las condiciones en la cárcel y la remuneración del personal?



Para obtener más detalles sobre la eficacia de las medidas para la reducción del suministro de drogas véase OMS, UNODC, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible a través de <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o a través de <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Estrategias para el uso de cloro y otras formas de desinfección

La provisión de cloro y otros desinfectantes a los reclusos es una de las opciones para reducir el riesgo de transmisión del VIH por compartir elementos para la inyección de drogas, en especial cuando no hay elementos esterilizados. Muchos sistemas carcelarios han adoptado programas que entregan desinfectantes a los presos que se inyectan drogas, junto con las instrucciones para saber desinfectar los elementos para inyección de drogas antes de volver a usarlos. Las evaluaciones de estos programas han revelado que la distribución de cloro es factible en las prisiones y no compromete la seguridad.

De todos modos, los estudios realizados en la comunidad han planteado dudas sobre la eficacia del cloro en la desinfección del material para inyección de drogas. Hoy en día, la desinfección como medio de prevenir el VIH está considerada sólo como estrategia alternativa a los programas de agujas y jeringas. Las indicaciones de higienización recomiendan sumergir el material de inyección en cloro puro y nuevo (hipoclorito de sodio al 5%) por un mínimo de 30 segundos. Se necesitará más tiempo para desinfectarlo si se ha usado cloro diluido. Más aún, una revisión sobre la eficacia del cloro en la prevención de la hepatitis C concluyó en que, “aunque no se descarta una eficacia parcial, la información publicada claramente indica que la desinfección con cloro tiene un efecto limitado en la prevención de la transmisión del VHC (virus de la hepatitis C) entre usuarios de drogas inyectables”.

En las cárceles, la eficacia del cloro como desinfectante puede ser aún más reducida. Por lo menos hay tres razones para ello:

- El tipo de material de inyección disponible en las prisiones, que con frecuencia consiste en cualquier objeto que pueda convertirse en algo que perfora la piel, puede ser más difícil de desinfectar eficazmente con cloro que las jeringas comunes utilizadas afuera de la prisión (sobre las que se basaron los estudios).
- Aún cuando se dispone la entrega de cloro en algunos sitios de la prisión, los reclusos pueden tener problemas en acceder a él.
- La desinfección es un procedimiento que consume tiempo y es probable que los privados de libertad no se embarquen en una tarea que aumente el riesgo de alertar al personal de la prisión sobre su uso de drogas.

Por lo tanto, los programas para el uso de cloro deben estar disponibles en la prisión, pero solamente como estrategia alternativa de los programas de agujas y jeringas, o adicionalmente a ellos, hasta tanto sea superada la oposición a esos programas.

Cuando se apliquen programas para el uso de cloro, deberá ponerse a disposición de los reclusos cloro puro de uso doméstico, de forma tal que puedan acceder fácil y discretamente a él en diversos lugares de la prisión, junto con información y educación sobre cómo desinfectar el material de inyección, además de información sobre la limitada eficacia del cloro como desinfectante para inhibir el VIH y particularmente el VHC.

Lista de verificación 9: Estrategias sobre el uso de cloro y la desinfección

Los siguientes factores influyen en la eficacia de las estrategias sobre el uso de cloro y la desinfección. Marque con un tilde si los programas de sus prisiones concuerdan con las prácticas óptimas:

- ¿Se pone a disposición cloro puro de uso doméstico? (El cloro diluido es aún menos eficaz que el cloro puro)
- ¿Se pone cloro u otro desinfectante a disposición de los reclusos de forma fácil y discretamente accesible para su uso en distintos lugares de la penitenciaría, sin tener que pedirlo ni ser vistos por compañeros o personal de la cárcel?
- ¿Se provee de cloro u otro desinfectante a los reclusos al ingresar a la prisión en un “estuche sanitario” que contenga información para la protección de la salud y otros elementos como, por ejemplo, preservativos, lubricantes solubles en agua, afeitadoras, cepillos de dientes, jabón, un panfleto sobre el VIH, sobre otras infecciones, y el uso de drogas, etc.?
- ¿Es gratuito?
- ¿Se provee a los reclusos de información y educación sobre cómo desinfectar el material de inyección?
- ¿Se informa a los reclusos sobre la limitada eficacia del cloro como desinfectante para inhibir el VIH y particularmente el VHC?
- ¿Se provee cloro adicionalmente a un programa de agujas y jeringas, o mientras se está preparando ese programa?
- Si todavía no existe un programa de agujas y jeringas ¿se están realizando esfuerzos para preparar la ejecución de dicho programa?



Para obtener mayores detalles respecto de las estrategias sobre el uso de cloro y la desinfección, y las referencias complementarias, véase OMS, UNODC, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons. Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible a través de <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o de <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>.

Recuadro 31: Ejemplo de guía para la distribución de cloro en las prisiones

Directrices 821-2 — La Distribución de Cloro en el Servicio Correccional de Canadá, emitida en 2004, detalla la forma en que el cloro debe ponerse a disposición de los reclusos. Las directrices están disponibles en <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-2-gl-eng.shtml>

Entre otras cosas, las directrices establecen lo siguiente:

- Debe utilizarse cloro puro (entre 5,25% y 7%) de uso doméstico como agente desinfectante
- Los estuches con cloro consisten de:
 - a) Una botella opaca de plástico de una onza de cloro, etiquetada con una leyenda que diga “Cloro, No Beber ni Inyectar”;
 - b) Una botella vacía de plástico opaco de una onza de capacidad; e
 - c) Instrucciones para la correcta desinfección de jeringas y agujas
- Cada recluso recientemente admitido debe recibir un estuche cuando ingresa bajo custodia federal y se le debe ofrecer otro estuche en cada ocasión que se lo traslade a otra institución, cuando arribe a ésta.
- Habrá un mínimo de tres lugares designados en cada institución donde los privados de libertad puedan rellenar la botella vacía con cloro u obtener una botella de cloro. Los lugares adecuados son aquellos que pueden ofrecer privacidad al recluso en la medida de lo posible. Bajo ninguna circunstancia debe ser necesario que un recluso se acerque a un empleado de la cárcel para obtener recargas.
- Un privado de libertad que posea cantidades de cloro en exceso de la botella de una onza se considerará que está en posesión de contrabando, salvo que haya obtenido una autorización.
- La sola posesión de una botella de una onza no es en sí misma suficiente evidencia del uso de drogas o de otra actividad que constituya infracción disciplinaria.

La distribución de cloro siempre debe estar acompañada de una advertencia sobre la limitada eficacia del cloro como desinfectante inhibidor del VIH y particularmente del VHC.

Programas de agujas y jeringas

Nota sobre la terminología

En este documento usamos la expresión programas de agujas y jeringas (PAJ) para referirnos a los programas que ofrecen a los consumidores de drogas inyectables el acceso a material esterilizado para inyección y a la educación sobre salud, derivaciones, asesoramiento y otros servicios (por material esterilizado se entiende agujas y jeringas, pero también otro material necesario para la inyección, como hisopos y viales de agua esterilizada, pues la hepatitis C puede ser transmitida si se comparte ese material). Ha crecido la popularidad de esta expresión que cada vez más está reemplazando a estas viejas frases “programas de intercambio de agujas” o “programas de intercambio de jeringas”. Resulta ser más precisa y reflejar el desplazamiento de la mayoría de los programas desde un simple intercambio de material hasta la distribución de inyecciones, con o sin devolución de los usadas. En algunas prisiones y programas, el material de inyección ya usado es canjeado por uno nuevo, por ejemplo, mediante máquinas automáticas. Pero en la mayoría de los programas al igual que en la comunidad externa, se ofrece material de inyección y servicios adicionales.

En especial por la dudosa eficacia del cloro y otros desinfectantes para destruir el VIH y otros virus, se ha recomendado con énfasis proveer a los reclusos de material para inyección esterilizado. Acceder a este material esterilizado de inyección de drogas con seguridad se traduciría en que los reclusos no tengan que compartir el suyo. Ya en 1993, la Organización Mundial de la Salud, en sus *Directrices sobre la Infección por el VIH y el sida en las Prisiones (Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons)*, recomendaba que “en los países en que se proveen jeringas y agujas limpias para usuarios de drogas inyectables en la comunidad, se debe tomar en cuenta la provisión de material de inyección esterilizado en el momento del arresto y de la liberación”. La misma recomendación fue efectuada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y muchos otros organismos nacionales e internacionales. Las *Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos (International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights)* también específicamente indican que las autoridades carcelarias deben proveer a los reclusos de los medios para la prevención del VIH, incluido el “material de inyección esterilizado”.

La fundamentación que respalda la ejecución de programas de agujas y jeringas en las prisiones donde existe el uso de drogas inyectables es aún más poderosa que en las comunidades. En las cárceles donde esto ocurre, el riesgo de infecciones virales de transmisión sanguínea es mayor debido al gran número de reclusos que comparten con frecuencia el material de inyección. Aunque inyectarse en la cárcel es generalmente menos frecuente que en la comunidad externa a ésta, cada episodio de inyección es más riesgoso debido a la escasez de elementos para hacerlo y a la mayor prevalencia de agujas compartidas. El rápido recambio de poblaciones carcelarias produce también muchos más cambios de interesados en inyectarse que en aquellos entornos comunitarios y asimismo existe una considerable interacción entre el recluso y las poblaciones usuarias de drogas inyectables en la comunidad externa a la prisión.

El primer programa carcelario de agujas y jeringas del mundo fue aplicado en Suiza en 1992. Desde entonces se han introducido programas en diversos encuadros penitenciarios en más de 50 prisiones en Europa Occidental y Oriental y en Asia Central.

En algunos países, solo algunas prisiones cuentan con programas de agujas y jeringas, aunque en España y Kirguistán éstos aumentaron proporcionalmente y funcionan en numerosas cárceles con miras a su ejecución en todas las prisiones.

Los programas fueron introducidos primeramente en cárceles de Suiza, pero desde entonces se han aplicado en prisiones para hombres y mujeres, en instituciones pequeñas, medianas y grandes, en prisiones de todo tipo de nivel de seguridad, en sistemas penitenciarios civiles y militares, en diferentes formas de custodia (detención preventiva, con sentencia, con régimen abierto, cerrado), y en instituciones que alojan personas privadas de libertad en celdas individuales como en aquellas que los alojan en barracas.

Es muy significativo que luego de haberse introducido los programas en sistemas penitenciarios con un elevado nivel de recursos en Europa Oriental, después se hayan aplicado en sistemas de muy limitados recursos financieros en Europa Oriental y Asia Central. En general, los programas se aplicaban primero con carácter de proyecto piloto y más

tarde se expandían a otras prisiones. Se utilizaron varios modelos de distribución de material esterilizado de inyección, incluyendo máquinas dispensadoras automáticas, la distribución persona a persona por parte de los médicos de la prisión, de otros miembros del personal sanitario de la prisión o de consejeros sobre droga, o de trabajadores de la salud de la comunidad externa, y la distribución por parte de reclusos entrenados como asistentes sociales de sus pares.

Pruebas de la eficacia de los programas de agujas y jeringas en las cárceles

Los hallazgos más importantes de los estudios de evaluación y de la experiencia de otras cárceles en las que han existido estos programas, incluyen lo siguiente:

- Los programas de agujas y jeringas en el marco de la prisión resultan eficaces en la reducción de agujas compartidas y transmisión de la infección del VIH. Las evaluaciones indican que el hecho de compartir jeringas ha cesado luego de la ejecución del programa o bien ha disminuido significativamente.
- Los programas de agujas y jeringas no menoscaban los programas de abstinencia. Las drogas siguen prohibidas dentro de las cárceles donde se llevan adelante estos programas. El personal de seguridad sigue siendo responsable de localizar y confiscar las drogas ilegales. No obstante, se reconoce que si las drogas encuentran la forma de abrirse paso en la prisión y son usadas por los reclusos, la prioridad debe radicar en prevenir la transmisión del VIH y del VHC causada por hábitos de inyección insalubres. Por consiguiente, mientras las drogas en sí mismas siguen siendo ilegales, las agujas que son parte del programa oficial de agujas y jeringas no lo son. Las evaluaciones han hallado que los programas de agujas y jeringas en las prisiones actualmente facilitan la derivación de personas usuarias de drogas hacia programas de tratamiento de drogodependencia, y han llevado a un aumento del número de reclusos que acceden a tales programas.
- Otros beneficios incluyen la disminución de abscesos, reducción del estrés, mejor relación entre los presos y el personal, y una mayor toma de conciencia sobre la transmisión de la enfermedad y los comportamientos riesgosos.
- Desde que comenzó el primer programa en 1992, no ha habido denuncias de que las jeringas hayan sido usadas nunca como armas en ninguna prisión que hubiese aplicado el programa de agujas y jeringas. En efecto, se informó un aumento de la seguridad del personal en las prisiones con programas de agujas y jeringas, por el hecho de que han disminuido las lesiones accidentales al personal durante la inspección de celdas debido a jeringas escondidas. La reducción de la posibilidad de lesiones se debe al hecho de que los privados de libertad tienen permitido almacenar el material de inyección en un área en particular y, por ende, no lo esconden, disminuyendo así el riesgo de lesión por pinchazo de la aguja durante las inspecciones. El personal ha informado además que la introducción de los programas de agujas y jeringas hace más fácil controlar el material de inyección.
- La disponibilidad de material de inyección no se traduce en un mayor número de usuarios de drogas inyectables, en un aumento del uso global de drogas, o de la cantidad de drogas en las prisiones. En unas pocas cárceles, las evaluaciones

Recuadro 32: Programas de agujas y jeringas en las prisiones de Kirguistán: Modelo de acción pragmática

En este país se dio comienzo en octubre de 2002 a un proyecto piloto en una cárcel. Se decidió que el material de inyección estaría disponible en un lugar donde los reclusos no pudieran ser vistos por los custodios; por lo tanto estaba disponible en las guardias médicas. Este proyecto también aportó otra forma de distribuir el material, utilizando a los reclusos como voluntarios, al igual que lo hicieron en Moldova. Los coordinadores del proyecto observaron que ambas opciones eran necesarias. A principios de 2003, se emitió una orden aprobando la provisión de material esterilizado de inyección en todas las prisiones de la República Kirguisa o Kirguistán, y hacia abril de 2004 estaban disponibles en 11 cárceles. En todas las instituciones se distribuye el material de inyección a través de presos entrenados como asistentes sociales de sus pares que se dedican a trabajar con la unidad médica. En abril de 2004, aproximadamente 1000 personas usuarias de drogas estaban accediendo al programa de agujas y jeringas. A los reclusos usuarios de drogas se les provee una jeringa y tres agujas extra. Esto les permite a quienes se inyectan drogas, inyectarse más — hasta tres por día sin tener que volver a usar la misma aguja. Esto reduce el costo del programa, pues las agujas solas cuestan menos que un juego completo de agujas y jeringas.

Recuadro 33: Programas de agujas y jeringas en las cárceles de España

Los programas de agujas y jeringas fueron introducidos en 1998-99 en dos prisiones de España como estudio piloto. Luego de los resultados positivos que se obtuvieron, otras nueve cárceles se sumaron voluntariamente. La evaluación reveló que:

- Su ejecución es factible en el entorno de una prisión y pueden ser adaptados a esas condiciones.
- Los programas de agujas y jeringas en las cárceles producen cambios en el comportamiento de los reclusos que se traducen en hábitos de inyección menos riesgosos.
- Los programas de agujas y jeringas en las prisiones ayudan a persuadir a los reclusos a inscribirse en el tratamiento de la drogadicción.
- La ejecución de un programa de agujas y jeringas no lleva a un aumento del uso de heroína o cocaína.

En 2001, las autoridades carcelarias emitieron una directiva requiriendo que todas las cárceles aplicasen los programas de agujas y jeringas como parte del régimen penitenciario. Al año 2005, estos programas estaban funcionando en 33 prisiones de España.

comprobaron que había disminuido el consumo de drogas en general o el uso de las inyectables en particular.

- Antes de su ejecución, el personal de la prisión regularmente tenía que estar convencido de aceptar o por lo menos tolerar los programas de agujas y jeringas. No obstante, una vez instalados, aumentó la aceptación y en general fue alta entre el personal penitenciario, y entre los reclusos usuarios de drogas y los que no lo son.

- Una determinante clave del éxito de los programas de agujas y jeringas en el marco carcelario es asegurar que todos los privados de libertad tengan acceso fácil y confidencial a los programas y desarrollen la confianza de que pueden acceder a las jeringas cuando las necesiten sin tener que temer alguna consecuencia negativa por parte del personal penitenciario. Si los reclusos tienen un acceso limitado al programa o falta de confianza en él continuarán compartiendo el material de inyección y los beneficios para el personal de la prisión también se verán reducidos, dado que los privados de libertad continuarán escondiendo las agujas y jeringas, aumentando así el riesgo de lesión por pinchazo de la aguja en el personal penitenciario. En muchas prisiones, esto significa que la distribución hecha por enfermeras o médicos de la cárcel, o incluso, por organizaciones no gubernamentales o profesionales de la salud que vienen a la prisión con este fin, no es la mejor opción ya que el acceso al programa sería muy limitado. En esas cárceles, la distribución a través de los pares ha llevado a un éxito mucho mayor. Por ejemplo, en Moldova, sólo un pequeño número de presos accedió al programa cuando funcionaba dentro del sector de atención médica de la prisión. Fue sólo cuando los reclusos pudieron obtener el material de inyección de sus compañeros entrenados para dar servicios de reducción de daños, que la cantidad de material de inyección distribuido aumentó considerablemente.

Lista de verificación 10: Programas de agujas y jeringas

Los siguientes factores influyen en la eficacia de los programas de agujas y jeringas. Marque con un tilde si los programas de sus prisiones concuerdan con las prácticas óptimas:

- Antes de que un programa sea introducido: ¿Se han preparado actividades educativas e informativas para explicar por qué es importante comenzar el programa? ¿Los privados de libertad y el personal se involucraron en el armado del programa?
- ¿Tienen confianza los privados de libertad en el programa de agujas y jeringas? ¿Pueden tener acceso a agujas y jeringas sin temer consecuencias negativas?
- ¿Tienen los reclusos un acceso adecuado al programa?
- ¿Tienen acceso a distintos tipos de jeringas y a otro material de inyección, como hisopos y viales de agua esterilizada?
- ¿Pueden los reclusos obtener material esterilizado de inyección de sus compañeros reclusos sin tener que rotularse a sí mismos como usuarios de drogas ante las autoridades de la prisión?
- ¿El programa es parte de un programa de prevención más integral que incluye un tratamiento de drogodependencia?
- ¿La administración muestra apoyo hacia el programa y hacia el personal carcelario y los reclusos involucrados en él?
- ¿El programa es monitoreado regularmente de forma tal que se realicen ajustes, si es necesario, para que responda mejor a las necesidades de los reclusos y del personal?

- El apoyo de los reclusos y del personal penitenciario es importante, y tanto los privados de libertad como el personal deben recibir información y educación sobre programas y los beneficios esperados, e involucrarse en su diseño y ejecución.

En virtud de los beneficios demostrados y la ausencia de consecuencias negativas, los programas de agujas y jeringas deben ser introducidos urgentemente en las cárceles en las que se usan drogas inyectables.

Al igual que con otras medidas controvertidas, o que aparentemente van en contra de la ortodoxia aceptada dentro de un sistema, es crucial tener líderes y administradores que apoyen la creación y ejecución de programas de agujas y jeringas en forma exitosa.



Para más detalles y referencias sobre programas de agujas y jeringas, véase OMS, UNODC, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible a través de <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o de <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>

Para obtener un plan detallado y las directrices utilizadas en la ejecución de los programas de agujas y jeringas, véase: Ministerio del Interior/Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Needle Exchange in Prison. Framework Program*. Madrid: Ministerio del Interior/Ministerio de Sanidad y Consumo. Esencial para quien desee aprender cómo puede establecerse un programa con éxito en una prisión. Disponible en español, inglés y francés. Aunque menos abarcador, otro documento sobre los mismos temas, titulado "Elements key for the installation of programs of exchange ok (sic) syringes in prison" (*Elementos clave para la implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión*) está disponible a través de <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/progInterJeringuillas/PIJPrisiones/elemClavePIJIng.htm>

Otras medidas

Detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

La detección temprana y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) es importante porque estas infecciones aumentan las posibilidades de que un individuo adquiera y transmita el VIH.

Lista de verificación 11: Manejo de las enfermedades de transmisión sexual

Los siguientes factores influyen en la eficacia de los esfuerzos orientados a manejar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en las prisiones. Marque con un tilde si los programas de sus prisiones concuerdan con las prácticas óptimas:

- ¿Han recibido entrenamiento los trabajadores de la salud en el manejo de ETS?
- ¿Se examina a los privados de libertad en la admisión por si tienen ETS?
- ¿Se dispone de un tratamiento para ETS y es ofrecido a todos los reclusos que lo necesiten?
- ¿Se brinda a todos los reclusos la información necesaria sobre ETS?

Control de la propagación de la tuberculosis

Se estima que la tuberculosis es 100 veces más común en las prisiones que en la comunidad externa. Cuando la tuberculosis se hace presente en las cárceles, es un problema de salud muy importante. Las condiciones de vida en la prisión por debajo de los niveles mínimos, incluyendo el hacinamiento, la escasa ventilación e inadecuada nutrición, hacen más difícil los intentos de controlar la expansión de esta enfermedad en las prisiones. Es más, hay cárceles en lugares geográficamente muy separados (Tailandia, Estado de Nueva York, Rusia) que han reportado altos niveles de tuberculosis resistente a las drogas. La tuberculosis plantea un peligro importante para la salud de los presos, el personal penitenciario y la comunidad externa a la prisión. Los reclusos que viven con VIH presentan un riesgo especial. La infección de VIH es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la tuberculosis, y esta enfermedad es la causa principal de muerte entre las personas que viven con VIH.

Por estas razones, los directores de la prisión deben aplicar programas integrales de control de la tuberculosis en conjunto con los programas de VIH.



Para obtener información integral sobre el control de la tuberculosis en las prisiones, véase: Organización Mundial de la Salud y Comité Internacional de la Cruz Roja (2001). El *Control de la Tuberculosis en las Prisiones: Manual para Directores de Programas*. Disponible en inglés, español y ruso en <http://www.who.int/docstore/gtb/publications/prisonsNTP/>; Organización Mundial de la Salud. Política interina sobre actividades colaborativas TB/VIH (2004). Disponible en inglés, francés, ruso y español en http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/

Vacuna contra la hepatitis B

La hepatitis B se propaga fácilmente en las prisiones. En oposición al VIH, el riesgo de infección puede ser reducido por la administración de una vacuna. Todo el personal de la cárcel y los reclusos deben tener a su alcance la posibilidad de vacunarse contra la hepatitis B. Adicionalmente, deberá considerarse la opción de proveer a los privados de libertad en riesgo la vacuna contra la hepatitis A.

Prevención de la hepatitis C

Además de ayudar a reducir el riesgo de transmisión del VIH en las cárceles, la mayoría de las medidas antes descritas también contribuyen a reducir el riesgo de transmisión del virus de hepatitis C (VHC). Sin embargo, como se explicaba anteriormente en el Recuadro 5, el VHC se propaga mucho más fácilmente que el VIH, inclusive a través del intercambio de afeitadoras y cepillos de dientes, como también mediante los tatuajes y *piercing* en el cuerpo. Por lo tanto es importante que las prisiones tengan información disponible para todos los reclusos y el personal respecto de los riesgos de transmisión del VHC en la cárcel y que los capaciten en las formas de reducir dichos riesgos. Adicionalmente, las afeitadoras y cepillos de dientes deben estar disponibles para los reclusos

de forma tal que no tengan que compartirlos con sus compañeros reclusos; y las penitenciarías deben considerar la posibilidad de aplicar medidas para reducir la propagación del VHC a causa de los tatuajes y *piercings* en el cuerpo, poniendo material esterilizado a disposición de los reclusos.

Protección al personal

La protección del personal de enfermedades infecciosas es un deber y también forma parte de una buena administración. Los altos índices de VIH y de otras enfermedades infecciosas en las prisiones las convierten en lugares más estresantes para trabajar. La gran proporción de recambio del personal, por enfermedad o falta de satisfacción laboral, tiene gran impacto en el gerenciamiento de las prisiones.

Es esencial que el personal reciba capacitación inicial y continua que le permita cumplir con sus deberes de una manera sana y protegida, que los haga sentir seguros y permitiéndoles brindar a los reclusos la orientación y el apoyo apropiados. Esta capacitación debe permitirles anticipar y manejar situaciones en las que ellos pueden quedar expuestos al VIH o a la hepatitis. El personal también debe capacitarse para proveer primeros auxilios de manera protegida.

Cuando esté de guardia, el personal pertinente de la prisión debe poder tener acceso al equipo de protección, como por ejemplo, guantes de látex, máscaras para utilizar en la resucitación boca a boca, protección para los ojos, jabón, y espejos para utilizar en las inspecciones.

Lista de verificación 12: Medidas para proteger al personal penitenciario

- El personal penitenciario ¿recibe capacitación inicial y continua que le permita cumplir sus tareas de forma saludable y protegida?
- ¿Tiene capacitación en primeros auxilios?
- ¿Tiene acceso a equipos de protección, como guantes de látex, máscaras para la resucitación boca a boca, etc.?
- ¿Se han desarrollado y adoptado procedimientos de trabajo seguros? ¿Se incluyen los procedimientos de inspección?
- ¿Se ha desarrollado y adoptado un protocolo para el manejo de situaciones donde hubo exposición a la sangre y/o a los fluidos corporales?
- ¿El personal tiene acceso a tratamientos profilácticos para situaciones de post exposición?
- ¿La vacuna para la hepatitis B está disponible para todo el personal, sin cargo?
- ¿Es adecuada la iluminación de las áreas de trabajo? ¿Hay suficiente espacio para que el personal realice su trabajo en forma segura?
- ¿Son adecuados los niveles de dotación del personal?

Deben desarrollarse procedimientos de trabajo seguros, incluyendo los de inspección. También deberán organizarse los procedimientos para encarar la post exposición. Estas tareas deben abordar acciones inmediatas, de seguimiento, de conservación de registros y confidencialidad. Finalmente, el personal debe tener acceso al asesoramiento profesional adecuado y a los servicios de seguimiento luego de haber estado expuesto, en forma posible o confirmada, a sangre y otros fluidos corporales.

Finalmente, además de ser importantes los espacios amplios, la adecuada iluminación y el personal de óptimo nivel para asegurar prácticas laborales seguras, también se requieren medidas que mejoren las condiciones generales del personal penitenciario.

De todos modos, no es importante conocer el estado serológico de los reclusos (y personal carcelario) frente al VIH, ya que éste debe ser manejado de la misma forma para todos — como si fuesen VIH positivos, tanto por razones de seguridad como para evitar discriminación.



Para mayor información, véase: Worksafe Australia (1995). *Infectious disease control — police, prison officers, other workers in correctional facilities and emergency response workers*. Esta ficha descriptiva ofrece ejemplos de lo que deben hacer los talleres para que el trabajo del personal penitenciario sea más seguro. Disponible a través de www.worksafe.nt.gov.au/corporate/bulletins/pdf/01-05/01.01.06.pdf

Para ver un ejemplo de política sobre el manejo de la exposición a la sangre y/o los fluidos corporales, véase: Correctional Service Canada, Commissioner's Directive 821-1. Disponible a través de <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-1protocol-eng.shtm>

Tratamiento, atención y apoyo a los reclusos que viven con el VIH o sida

Además de brindar programas integrales de prevención, las cárceles tienen la responsabilidad de brindar a los reclusos tratamiento, atención y apoyo equivalentes a los disponibles en la comunidad externa a la prisión.

El derecho a la atención médica en las prisiones incluye la provisión de terapia antirretroviral (TAR) dentro del contexto de la atención integral del VIH/Sida. El advenimiento de la TAR combinada ha disminuido considerablemente la mortalidad causada por el VIH y el sida en los países de todo el mundo donde resultan accesibles estas terapias. Ha habido una disminución paralela en el índice de mortalidad entre individuos encarcelados en sistemas penitenciarios en esos países.

Brindar acceso a la TAR a quienes la necesitan en las prisiones es un desafío, pero es necesario y factible. Los estudios han documentado que cuando se administra con cuidado y existe acceso a los medicamentos, los reclusos responden bien al tratamiento antirretroviral. El derecho a disfrutar del mejor nivel posible de salud física y mental, en

Lista de verificación 13: Tratamiento, atención y apoyo a los reclusos que viven con el VIH o el sida

- Las autoridades de la prisión ¿integran los comités de coordinación nacional del VIH/Sida?
- Las cuestiones penitenciarias ¿son parte del marco de acción acordado para el VIH y del sistema de monitoreo y evaluación de alcance nacional?
- Las autoridades de la prisión ¿participan en todos los aspectos del creciente acceso a los tratamientos, desde las solicitudes de fondeo (para asegurar que los fondos estén específicamente identificados para las cárceles), hasta el desarrollo, la ejecución y el monitoreo y evaluación de los planes de aplicación de los tratamientos?
- ¿Se han desarrollado políticas o lineamientos especificando que se le debe permitir a la gente con VIH y el sida llevar consigo su medicación para VIH, o que debe proveérsele la medicación, si fuese arrestada o encarcelada o en cualquier momento que fuese transferida dentro del sistema penitenciario o llevada a las audiencias en los tribunales?
- ¿Se instruyó a la policía y al personal de la prisión acerca de la importancia de continuar el tratamiento para el VIH?
- En el ámbito regional y local, ¿las prisiones han establecido alianzas o suscripto acuerdos con clínicas médicas, hospitales, universidades y organizaciones de la sociedad civil (incluyendo organizaciones de personas que viven con VIH) para brindar atención médica y otros servicios a los reclusos, y han desarrollado programas integrados, antes que paralelos, de atención y tratamiento? (En teoría, los reclusos debieran poder acceder a medicación antirretroviral mediante los centros de salud pública durante su permanencia en la cárcel).
- El personal encargado de la salud ¿recibió capacitación en la gestión integral del VIH y del sida, incluyendo la administración de terapia antirretroviral?
- Quienes están en tratamiento antirretroviral antes de ser arrestados y encarcelados ¿pueden continuar su tratamiento sin interrupción?
- Quienes son transferidos dentro del sistema penitenciario o llevados a audiencias en tribunales ¿pueden continuar su tratamiento sin interrupción?
- Los privados de libertad que necesitan comenzar tratamiento antirretroviral ¿pueden hacerlo en prisión? ¿El criterio de elegibilidad es el mismo que el de la comunidad?
- ¿Se brinda información y educación sobre el acceso al tratamiento a todos los privados de libertad elegibles de entrar en terapia antirretroviral y tratamiento para infecciones oportunistas?
- Los trabajadores de la salud ¿revisan a los delincuentes (incluso a los detenidos que esperan juicio) en ocasión de su admisión para determinar si es necesario algún tratamiento para alguna enfermedad relacionada con el VIH o para alguna infección oportunista, como la tuberculosis? ¿De ser necesario, los derivan adecuadamente?
- ¿Se han llevado a cabo en las prisiones campañas y sesiones de divulgación de conocimientos sobre los tratamientos?
- ¿Se ha establecido un "sistema de compinches" para facilitar la adhesión al tratamiento?
- ¿El programa de tratamiento incluye un sistema integral de planificación del alta para privados de libertad que se acerquen a su fecha de liberación, incluyendo un sistema de derivación a tratamientos en la comunidad?

concordancia con el principio de equivalencia, indica que los reclusos deben tener acceso al mismo nivel de atención que la gente de la comunidad externa a la prisión.

En septiembre de 2003, la OMS, ONUSIDA y el Fondo Global de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria lanzaron una iniciativa para hacer efectiva la disponibilidad de tratamientos para el VIH en los países en desarrollo y en transición [la denominada “Iniciativa para Tratar a 3 Millones para 2005 (o Iniciativa 3 x 5)”], en parte debido al reconocimiento de que el VIH estaba exacerbando las desigualdades entre países ricos y pobres, y la convicción de que el derecho a la salud y la vida no debe depender de la capacidad de pagar los remedios. Aunque no se llegó a la meta ambiciosa de la Iniciativa 3 x 5, en la Cumbre Mundial de 2005 y en la Reunión de Alto Nivel de 2006 sobre el sida, los dirigentes del mundo se comprometieron a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr la meta del acceso universal a los programas integrales de prevención del VIH, tratamiento, atención y contención hacia 2010. En apoyo de esta meta se pusieron a disposición recursos adicionales para financiar una mayor respuesta, mediante el Fondo Global para la Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, entre otros.

A través de estas iniciativas, la terapia TAR se halla cada vez más al alcance de los países de bajos y medianos ingresos, y en países que se están moviendo hacia la meta de lograr el acceso universal al tratamiento de VIH, y de atención y apoyo para 2010. Por lo tanto, es vital asegurar que el tratamiento también esté disponible para todos los reclusos que lo necesiten.

Dado que las cárceles deben dar a los privados de libertad un tratamiento equivalente al disponible en la comunidad externa, progresivamente las prisiones de los próximos años tendrán que estar dispuestas a proporcionar la terapia TAR a los reclusos que tengan VIH, y permitirles continuar el tratamiento sin interrupción al momento de la detención, asegurando que puedan continuarlo sin interrupción luego su liberación. Existen muchas cuestiones de gerenciamiento importantes con relación a esto (véase arriba, módulo 2, sobre las acciones requeridas de los encargados de la formulación de políticas, los legisladores y parlamentarios). Las cárceles, además de asegurar su participación en todos los esfuerzos de alcance nacional inherentes al creciente acceso a los tratamientos y de participar en las reuniones de los comités nacionales del sida responsables de estos esfuerzos, deben establecer alianzas con clínicas, hospitales, universidades y organizaciones de la sociedad civil (incluyendo organizaciones de las personas que viven con el VIH o sida) para ofrecer atención médica y otros servicios a los reclusos, y desarrollar un tratamiento integrado antes que paralelo, con asistencia y programas de ayuda.

Liberación anticipada o por razones humanitarias

Los privados de libertad que entran en las últimas etapas de una enfermedad crónica o terminal — incluyendo el VIH, pero no en forma excluyente — requieren atención especializada para la etapa final de su vida. No obstante, las cárceles están mal equipadas para brindar estos cuidados aún tratándose de países de ingresos altos.

Los cuidados en el tramo final de una vida son únicos y exigentes, y el personal penitenciario habitualmente carece de la capacitación y de los recursos necesarios. El ámbito

de la prisión en sí mismo — con su arquitectura centrada en la seguridad y sus rutinas, la falta de comodidad y privacidad, las barreras para recurrir a la familia y los amigos, la falta de una adecuada capacitación y recursos para el personal, etc. — por lo general, tampoco es conducente para brindar una atención compasiva y receptiva para el final de una vida. Este tipo de atención — particularmente en el contexto del VIH — con frecuencia involucra grandes dosis de medicación para el manejo del dolor, que puede colisionar con la cultura “sin drogas” del sistema penitenciario.

Por estas razones, muchos sistemas carcelarios han introducido programas de excarcelación por razones humanitarias, para permitir que los reclusos enfermos terminales sean excarcelados antes de cumplir la sentencia. Estos programas de liberación anticipada

Lista de verificación 14: Excarcelación anticipada o por razones humanitarias

- La política de la prisión ¿establece que cuando corresponda, es decir, cuando el estado de salud del privado de libertad indique que es necesario, los reclusos con sida serán excarcelados bajo libertad condicional con vigilancia médica?
- ¿La política enfatiza la obligación por parte de las autoridades de la cárcel de actuar en forma rápida y que no debiera haber demoras innecesarias en iniciar y procesar estas solicitudes?
- El personal a cargo de la salud en la prisión ¿busca activamente identificar a aquellos reclusos cuyo estado de salud los calificaría como aptos para una excarcelación anticipada? (Debido a su estado de salud, los presidiarios no siempre están en condiciones de iniciar solicitudes de excarcelación anticipada. Cuando los reclusos sean elegibles para esta opción, deben ser informados de tal posibilidad de excarcelación anticipada y asistidos en dichas solicitudes cuando no sean capaces de hacerlo por sí solos).
- ¿Se le ha informado a todos los reclusos sobre la política de excarcelación anticipada?
- La política existente ¿prevé que el personal encargado de la salud o un asistente social se ponga en contacto con la familia y se asegure, una vez excarcelada, la persona tendrá la atención adecuada? (Es importante identificar con anticipación a los parientes y a otros proveedores de servicios para los privados de libertad con el sida, a fin de facilitar su ubicación luego de su salida de la cárcel).
- En todos los casos de derivaciones a otros proveedores de atención médica ¿se requiere el consentimiento informado del recluso?
- La decisión de excarcelación anticipada ¿incluye la opinión de los enfermeros que atienden al recluso en forma diaria, confirmada por el médico? (No será requisito obtener exámenes médicos separados de dos facultativos dado que esto demoraría la solicitud. Únicamente cuando se juzgue necesario para la debida consideración de la solicitud se requerirá que un especialista conduzca el examen.)
- Todos los funcionarios a cargo de determinar la excarcelación anticipada por razones médicas ¿reciben la educación adecuada sobre el VIH y el sida y su tratamiento correspondiente?
- ¿Las solicitudes urgentes tienen una vía rápida?
- ¿Se dispone de atención paliativa en la prisión para los reclusos que estén en las etapas finales de la vida y no puedan ser excarcelados?

cumplen no sólo con un fin compasivo sino que en muchos casos pueden servir como promoción de la salud en atención a que la expectativa de vida del recluso terminalmente enfermo puede ser prolongada por recibir cuidados en la comunidad.

La excarcelación por razones humanitarias de reclusos con enfermedades terminales ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud en sus *Directrices sobre la Infección por el VIH y el sida en las Prisiones (Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons)*, reconociendo que la persona debería estar autorizada a morir dignamente, en su propio hogar o con su familia, antes que verse forzada a morir aislada y sola en prisión. Las directrices afirman lo siguiente:

51. Si es compatible con las consideraciones de seguridad y los procedimientos judiciales, se le debe garantizar a los reclusos que se encuentran padeciendo un estado avanzado del sida una liberación anticipada por compasión, en cuanto sea posible, a fin de facilitar el contacto con sus familias y amigos y permitirles encarar la muerte con dignidad y en libertad.

52. Los servicios médicos de la prisión deben dar información completa sobre el estado de salud de esos privados de libertad, las necesidades de tratamiento y la prognosis, si el recluso lo solicita, a las autoridades competentes para decidir sobre la excarcelación anticipada. Las necesidades de esos privados de libertad sin recursos en la comunidad deben ser tomadas en cuenta en cualquier decisión de excarcelación anticipada.

Toda vez que sea compatible con las consideraciones de seguridad y los procedimientos judiciales, se les debe garantizar a los privados de libertad que se encuentran padeciendo un estado avanzado del sida, una liberación anticipada por compasión, en cuanto sea posible, a fin de facilitar el contacto con sus familias y amigos y permitirles encarar la muerte con dignidad y libertad. Para aquellos reclusos que no pueden ser excarcelados, las prisiones deben proveer atención paliativa apropiada.

Recuadro 34: Privados de libertad con el sida en Italia

La ley italiana no permite que nadie que padezca el sida “declarado” sea retenido en prisión. La definición de “sida declarado” está establecida clínicamente en atención al recuento de glóbulos. Para determinarla, al recluso se le realizan dos pruebas consecutivas, con 15 días de intervalo entre una y otra. Otras alternativas sugieren que los reclusos con el sida sean excarcelados pero con arresto domiciliario, admitidos en una institución de salud pública, o que la pena sea condonada por tiempo indefinido.

Avances hacia la ejecución

Las listas de verificación precedentes brindan elementos clave propios de una estrategia integral para abordar el VIH en las cárceles. Reconociendo que el VIH (y el VHC y TB) representan graves problemas que exigen una acción urgente y pragmática para prote-

ger la salud de los reclusos, del personal penitenciario, y de la comunidad, y admitiendo la realidad de que en las prisiones se dan comportamientos riesgosos y que no pueden ser eliminados, las autoridades y la administración carcelaria pueden dar la pauta y dar señales de que toman sus responsabilidades en serio. Desarrollando un plan de acción claro, identificando actividades, cronogramas y responsabilidades, para adoptar todos los elementos de la estrategia integral, las autoridades y los administradores de la prisión pueden liderar la lucha contra el VIH en los países, y demostrar que ellos tienen una visión clara y la decisión de asegurar que las prisiones harán todos los esfuerzos por prevenir la infección y proveer atención y tratamiento a las personas que viven con el VIH o el sida.

Preguntas frecuentes

¿Los reclusos deben hacerse el análisis de VIH en forma obligatoria y ser apartados del resto de la población carcelaria?

No. Algunos empleados de la cárcel han exigido la realización del análisis de VIH en forma obligatoria y la segregación de los reclusos cuyo resultado fuera VIH positivo. Dijeron que era necesario para protegerlos de la infección. Pero en realidad no es necesario e inclusive puede ser contraproducente por diversas razones:

- El VIH no se transmite por el contacto espontáneo (como la TB activa, por ejemplo). Por lo tanto, la segregación de gente que vive con el VIH o el sida no es necesaria.
- La naturaleza del examen de anticuerpos del VIH significa que la cárcel nunca podrá identificar correctamente y por lo tanto aislar a todos los privados de libertad infectados con el VIH. Debido al “período ventana” inherente a la tecnología del examen, que significa que pueden requerirse hasta 14 semanas —o quizás más— para que una persona infectada con el VIH desarrolle anticuerpos del VIH en una concentración suficiente como para desatar un resultado positivo del análisis, es inevitable que surjan falsos resultados negativos de este análisis.
- El análisis obligatorio y la segregación forzada menoscaban la prevención del VIH al crear el supuesto irreal y peligroso de que todos los reclusos que viven con el VIH o el sida son apartados, y que por lo tanto no hay VIH en la población carcelaria en general. Esto puede llevar al personal de la prisión a creer que ellos no necesitan tomar las precauciones universales.
- Al ignorar las precauciones universales cuando interactúan con personas privadas de libertad VIH negativo pueden aumentar el riesgo de quedar expuestos por el trabajo a hepatitis B y C.

Adicionalmente, el análisis obligatorio del VIH y la segregación aumentan y complican el estigma respecto del VIH y la discriminación entre los reclusos y el personal carcelario.

En lugar de ser objeto de un análisis sin consentimiento, los reclusos deben tener fácil acceso a recibir voluntariamente el asesoramiento sobre VIH y a hacerse el análisis, y deben recibir los medios necesarios para actuar responsablemente y protegerse a sí mis-

mos y a los demás del riesgo de contraer el VIH, así como tener acceso a la educación, asesoramiento, preservativos, cloro, agujas y jeringas esterilizadas, tratamientos de sustitución y otros tratamientos para la drogadicción.

¿Debemos apartar a algunos reclusos?

Aunque los reclusos con el VIH o el sida no deberían ser segregados, la administración efectiva de la cárcel debe asegurar que algunos grupos de presidiarios sean mantenidos aparte. El personal penitenciario está entrenado para proteger a la sociedad de los delincuentes adultos que cometieron delitos graves. No debiera ser parte de su tarea atender a un pequeño número de niños y gente joven que ha cometido delitos por los que estén privados de su libertad. Esa gente joven debe ser enviada al cuidado del bienestar social o de las agencias de atención social. Aunque éste es el principio, la realidad es que en varios países, se envía a una cantidad de niños y gente joven a la cárcel.

Cuando esto ocurre, la administración de la prisión tiene la obligación de cuidarlos de manera que se tenga en cuenta su edad y sus necesidades especiales. Dos son las razones principales para este tratamiento especial:

- Los niños y la gente joven son más vulnerables que los adultos y necesitan estar protegidos de la violencia o del abuso de privados de libertad adultos, o inclusive del personal,
- La gente joven en general tiene más posibilidades de responder a las influencias positivas, el aprendizaje y la educación.

Por estas razones, cualquier niño o persona joven que esté al cuidado de la administración de la prisión debe ser mantenido en instituciones separadas y no en cárceles para adultos.

¿Se les permite a los reclusos con el VIH o el sida realizar las mismas actividades que al resto?

Sí. La segregación, el aislamiento, las restricciones en actividades ocupacionales, deportes y recreación no se consideran útiles o importantes en el caso de la gente VIH positivo en la comunidad. La misma actitud debe adoptarse hacia los presos VIH positivos. Deben tener igual acceso a los talleres y a trabajar en la cocina, en granjas y en otras áreas de trabajos, y a todos los programas disponibles para la población general de presidiarios. El VIH no puede ser transmitido a través de esas actividades.

¿Es necesario informar al personal penitenciario sobre quién tiene VIH?

No. Cierta personal reclama que debe conocer qué presos viven con VIH para poder tomar las precauciones adecuadas y protegerse a sí mismos de contraer la infección. No obstante, por su propio bien, el personal debe tomar las precauciones universales y tratar a todos los privados de libertad como si fuesen tal vez VIH positivo. El hecho de saber no los ayudará a protegerse a sí mismos, sino a crear un falso sentido de seguridad que puede aumentar, no disminuir, el riesgo de infección, y en especial el de contraer otras infecciones como la hepatitis C.

***La entrega de preservativos, agujas y jeringas para los reclusos
¿tiene un efecto negativo sobre la seguridad en las cárceles?***

No. La promoción de la salud en las cárceles no trae aparejada una merma en la protección y seguridad de ellas. El interés de los reclusos de tener acceso a los medios necesarios para protegerse de contraer el VIH y/o el VHC es compatible con el interés del personal en su propia seguridad en el lugar de trabajo y de las autoridades de la prisión en el mantenimiento de la protección y el orden en las instituciones. La evidencia obtenida de muchas cárceles en las que se pusieron a disposición preservativos y/o agujas y jeringas muestra que esto puede realizarse con protección y sin las consecuencias negativas no deseadas para la seguridad de la prisión, y sin crear ningún peligro para el personal.

En efecto, cualquier medida tomada ahora para prevenir la propagación del VIH y del VHC beneficiará no solamente a los reclusos y al personal penitenciario, sino también a la sociedad en general.

- Primero, protegerá a los reclusos que no deben quedar expuestos al riesgo de contraer el VIH y el VHC porque estén encarcelados.
- Segundo, protegerá al personal penitenciario. Reduciendo la prevalencia de las infecciones en las cárceles significa que también se reducirá el riesgo de exposición a estas infecciones entre el personal.
- Finalmente, las medidas para prevenir la propagación del VIH y el VHC en las prisiones también protege a la comunidad en general. La mayoría de los reclusos está en la cárcel por períodos relativamente cortos y luego son liberados en sus comunidades. A fin de proteger a la población en general es necesario que las cárceles cuenten con medidas de prevención del VIH y del VHC, por lo menos equivalente a las disponibles en la comunidad externa.

***Por el hecho de poner agujas y jeringas a disposición de los reclusos
¿no estamos tolerando el uso de drogas en la prisión?***

No. Muchos reclusos están en prisión por delitos relacionados con las drogas. Evitar que usen drogas es una parte importante de su rehabilitación. Algunos sostienen que reconocer que el uso de drogas es una realidad en las cárceles, sería reconocer que el personal penitenciario y las autoridades han fallado. Otros sostienen que poner agujas y jeringas a disposición de los reclusos sería excusar un comportamiento que es ilegal en las prisiones.

De todos modos, el hecho de poner a disposición de los reclusos los medios necesarios para protegerse de la transmisión del VIH y del VHC no significa justificar el uso de drogas en las cárceles. Introducir agujas y jeringas no es compatible con la meta de reducir el uso de drogas en las cárceles. La evidencia revela que el hecho de ponerlas a disposición de los usuarios de droga no lleva a un aumento del uso de drogas, sino que parece ser eficaz en reducir las infecciones del VIH resultantes de la aplicación de drogas inyectables.

Por otra parte, rehusarse a poner agujas y jeringas a disposición de los reclusos, sabiendo que prevalecen en las cárceles las actividades con más probabilidad de transmitir el VIH

y el VHC, puede interpretarse como una manera de justificar la propagación del VIH y del VHC entre los reclusos y la comunidad en general.

En lugar de poner a disposición de los reclusos los productos básicos para la prevención del VIH, como los preservativos, las agujas y las jeringas, ¿no deberíamos adoptar un enfoque de tolerancia cero y eliminar las drogas y el sexo de las cárceles?

No. Es importante tomar medidas para disminuir la prevalencia del uso de drogas, y es importante luchar contra el sexo no consentido en las prisiones. Sin embargo, ningún sistema carcelario — aún aquellos sistemas con grandes recursos financieros destinados a ello — ha logrado impedir el ingreso de las drogas a la cárcel o eliminar la actividad sexual. Por lo tanto, es necesario hacer ambas cosas — tomar medidas para reducir el uso de drogas y el sexo no consentido, y también tomar las medidas preventivas respecto del VIH reconociendo que el uso de drogas y la actividad sexual continuarán existiendo.

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles



Temas para el personal penitenciario

Módulo

4

Este módulo está dirigido a las personas que trabajan en las cárceles y brindan seguridad o ejecutan programas para los internos en forma diaria. Esperamos que resulte de utilidad para:

- Funcionarios penitenciarios;
- Profesores e instructores;
- Organizaciones de la sociedad civil, que incluye personal y voluntarios de organizaciones no gubernamentales e integrantes de organizaciones religiosas que visitan las cárceles y realizan allí sus actividades.

Los objetivos clave de este modulo son los siguientes:

- Explicar en pocas palabras por qué el personal penitenciario juega un papel clave para combatir la propagación del VIH en las cárceles (“El personal penitenciario es clave”);
- Explicar de qué modo puede protegerse el personal penitenciario para no contraer VIH (“VIH en el trabajo en las cárceles”);
- Explicar las medidas de prevención del VIH que deben aplicarse en las cárceles y demostrar que su introducción no afecta en forma negativa la seguridad del personal penitenciario sino que contribuye también a su protección (“Prevención del VIH en las cárceles — un beneficio para todos”);
- Brindar respuestas a las preguntas más frecuentes que se plantean.

¡El personal penitenciario es clave!

El personal penitenciario tiene la responsabilidad de salvaguardar y atender a las personas que son vulnerables a la infección por VIH y sida así como también a la hepatitis y tuberculosis. La tasa de estas infecciones entre las personas privadas de la libertad es generalmente mucho más elevada que entre la comunidad en general. En algunos países (principalmente en aquellos donde es un problema el consumo de drogas inyectables y el VIH se encuentra ampliamente propagado entre los usuarios de estas drogas, muchos de los cuales pasan un tiempo en las cárceles) la tasa de VIH en las cárceles llega a ser cien veces superior a la tasa de prevalencia en la comunidad. Pero también en otros países las tasas de VIH (y de otras infecciones) tienden a ser elevadas en las cárceles, en parte porque muchas personas privadas de libertad provienen de los sectores más pobres y marginados de la población que corren un mayor riesgo de transmisión del VIH y, en parte, porque las condiciones reinantes en las cárceles pueden favorecer la propagación de la infección.

No puede crearse una cárcel saludable sin la contribución de cada uno de los integrantes del personal penitenciario. En vista de los problemas actuales de salud en las cárceles, el personal debe saber y comprender cuáles son esos problemas de salud, cómo pueden propagarse las infecciones, de qué modo pueden controlarse mejor y cómo puede promoverse la salud y el bienestar.

Promoting health in prisons – the essentials. A WHO guide. WHO Europe, 2006

Las personas privadas de libertad son quienes corren un mayor riesgo de infección; sin embargo ello también se aplica al personal penitenciario, especialmente si no reciben capacitación y no toman las precauciones que corresponden con todos los privados de libertad. Los Gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar la salud y seguridad de todo el personal penitenciario mientras éste permanece en su lugar de trabajo.

Las personas que trabajan en las cárceles deben hacer todo lo que se encuentre a su alcance para protegerse y proteger a los reclusos de la transmisión del VIH y otras infecciones.

- Deben participar en su lugar de trabajo en programas de capacitación sobre VIH, hepatitis y tuberculosis y de las formas de transmisión de estas infecciones dentro de las cárceles. Cuando el personal penitenciario no recibe la capacitación adecuada, es más probable que reaccione con temor ante personas con el VIH o el sida. Esto puede llevar a una estigmatización y discriminación contra las personas que viven con el VIH o el sida y contra aquellas que se perciben como en riesgo de tener o contraer el VIH. La ignorancia sobre el VIH, así como el temor y el estigma son factores que dificultan mucho los esfuerzos por frenar la transmisión de VIH.
- Deben tomar precauciones para reducir el riesgo de contraer infecciones.
- Finalmente, deben brindar un apoyo activo a los programas de prevención para privados de libertad. En última instancia, las medidas para proteger a los reclusos

también protegen al personal penitenciario y pueden introducirse en las cárceles sin comprometer la seguridad.

Este conjunto de herramientas debería ayudar considerablemente para brindar los conocimientos necesarios pero deberían también existir otras oportunidades para que el personal penitenciario desarrolle un nivel de comprensión de la cuestión, que resulta tan importante al abordar los temas relacionados con el VIH y otras cuestiones sanitarias, incluyendo los aspectos éticos.

El VIH en el lugar de trabajo en las cárceles

¿Cómo puedo evitar la infección?

Si el personal penitenciario está bien capacitado y equipado, es mínimo el riesgo de que contraiga infecciones tales como el VIH, que se propagan solamente a través del contacto con la sangre y otros fluidos corporales (y no como resultado de un contacto casual). Sin embargo, otras enfermedades que prevalecen en las cárceles y que son mucho más fácilmente transmisibles que el VIH —especialmente la tuberculosis— resultan una amenaza mucho mayor no solamente para el personal penitenciario directamente sino también para sus familias y la comunidad en su conjunto.

En general es seguro trabajar con los internos o con el personal que está infectado con VIH pues este virus no se transmite a través de un contacto casual.

Sin embargo, el personal penitenciario a veces debe lidiar con ataques (entre internos y el personal penitenciario), auto mutilación por parte de los privados de libertad, trampas que colocan los reclusos y objetos que éstos ocultan, tales como agujas y jeringas. En estas y en todas las demás situaciones cuando existe un riesgo potencial de exposición a sangre o fluidos corporales, todo el personal penitenciario —así como los trabajadores de la salud— debe adoptar la actitud de considerar que todos estos fluidos y sustancias son potencialmente infecciosos y deben tratarse como tal.

Por ende, la prevención de la transmisión del VIH (y de la hepatitis) en el lugar de trabajo también significa prevenir:

- Lesiones con instrumentos filosos y/o de otro tipo que estén contaminados con sangre o fluidos corporales; y
- Contacto entre sangre o fluidos corporales y el ojo u otras membranas mucosas, y con cortes o piel resquebrajada.

Las denominadas “precauciones universales” se basan en el concepto de que toda la sangre, así como los productos sanguíneos y fluidos corporales de todas las personas resultan fuentes potenciales de infección, independientemente del diagnóstico o del riesgo que se pueda percibir.

Todo el personal penitenciario debe adherir rigurosamente a las medidas de protección a fin de minimizar la exposición a estos agentes. El uso de las precauciones universales significa colocar una barrera (como por ejemplo, los guantes de látex, protectores ocula-

res o máscaras para su utilización en la respiración boca a boca) entre el personal y la sangre y fluidos corporales.

Prácticas de trabajo seguras

Es importante que todas las áreas de establecimientos penitenciarios se mantengan limpias para evitar la transmisión de enfermedades — el VIH no se transmite por la falta de limpieza pero otras infecciones pueden verse favorecidas por la suciedad. En las cárceles, donde puede resultar difícil brindarle a todos los reclusos una actividad laboral o de capacitación, será posible ofrecerles un trabajo como personal de limpieza. Esta es una buena manera de mantener limpias las cárceles así como de proporcionarles un trabajo adicional.

El personal penitenciario debe cumplir con procedimientos de trabajo seguros (y si dichos procedimientos no existen, la gerencia de las cárceles debe desarrollarlos y convocar al personal penitenciario a participar en ese desarrollo). Al principio de un cambio de turno, el personal debe lavarse las manos a fin de higienizarlas y además, identificarán cualquier corte o quiebre en la piel. Si lo detectaran deben cubrirlo con un apósito impermeable.

Las prácticas laborales en situaciones de emergencia deben tener en cuenta las situaciones impredecibles en que se puede dar una exposición a la sangre y a los fluidos corporales. Se debe tener un cuidado especial cuando el personal tiene la probabilidad de entrar en contacto con pedazos de vidrio o cualquier otro material o instrumento filoso.

Violencia

La violencia es común en las cárceles de todo el mundo. El personal penitenciario que se ve confrontado con reclusos que utilizan la violencia física hacia dicho personal debe seguir los lineamientos operativos establecidos para enfrentar dichas situaciones (si no existiesen esos lineamientos, la gerencia de las cárceles deberá desarrollarlos y convocar al personal penitenciario a participar en ese desarrollo). Es bajo el riesgo de transmisión del VIH durante actos violentos (como cuando los reclusos salpican al personal penitenciario con sangre o les escupen) pero hay informes que indican que los reclusos han contraído el virus de la hepatitis C por agresión física, con dos casos posibles en Nueva Gales del Sur en Australia. También se informó que un funcionario penitenciario se contagió la hepatitis C de una salpicadura de sangre resultante de una pelea entre dos privados de libertad. Aún si el riesgo es bajo, después de una exposición de esta índole, deben seguirse los lineamientos post exposición (véase más abajo).

Derrame de sangre/fluidos corporales

Aunque el riesgo de transmisión del VIH es muy bajo cuando se producen estos derrames, se deben tratar como si la sangre y los fluidos corporales fueran potencialmente infecciosos. Deben utilizarse guantes de látex y materiales de limpieza adecuados al limpiar los derrames. Habrá que removerse la vestimenta contaminada con sangre lo antes posible.

Realizar requisas — abrir celdas

El personal penitenciario que participa en las requisas debe seguir procedimientos que aseguren su salud y seguridad (si dichos procedimientos no existiesen, la gerencia de las cárceles deberá desarrollarlos y convocar al personal penitenciario a participar en dicho desarrollo). Algunas de las técnicas que deben utilizarse en las requisas son las siguientes:

- Utilizar siempre guantes de látex u otros guantes apropiados al hacer la inspección;
- No hacer correr los dedos a lo largo o por debajo de las mesas, camas u otras superficies donde pueden ocultarse objetos filosos;
- Utilizar lapiceras, reglas, etc. o un espejo para ver áreas que no se encuentran a la vista;
- Al requisar bolsos, etc. no deben introducirse las manos dentro de ellos — debe vaciarse el contenido sobre una superficie plana para su inspección;
- Utilizar linternas para iluminar zonas oscuras;
- Quitar en forma segura cualquier elemento contaminado con sangre o fluidos corporales;
- Descartar de inmediato agujas usadas así como afeitadoras u otros instrumentos con filo utilizando un contenedor no permeable.

Procedimientos post-exposición (al virus)

Si una persona ha sufrido alguna exposición significativa, se seguirán los procedimientos post exposición (y si dichos procedimientos no existiesen, la administración de la cárcel ayudará a desarrollarlos). Se considera que una exposición ha sido significativa cuando:

- Una persona entra en contacto con fluidos corporales que pueden llegar a transmitir el VIH, la hepatitis B o la hepatitis C; con suero, plasma y todos los fluidos corporales visiblemente contaminados con sangre; secreciones uterinas/vaginales o semen; o saliva; y
- Alguno de los fluidos entra en contacto con lo siguiente:
 - Tejido bajo la piel (lesiones provocadas con agujas, mordeduras que atraviesan la piel, heridas de arma blanca);
 - Una piel que no está intacta (cortada, agrietada o raspada); o
 - Las membranas mucosas (ojos, nariz, boca).

Los fluidos que entran en contacto con una piel intacta no constituyen una exposición significativa.

La persona que ha sufrido una exposición de inmediato:

- Se quitará toda la ropa contaminada;
- Permitirá el sangrado de la herida;

- Lavará bien el área lastimada con agua y jabón (aunque no se ha comprobado que la aplicación de antisépticos sea beneficiosa, su utilización no está contraindicada; se sugiere, sin embargo, que la piel o herida expuestas se limpien con agua y jabón antes de aplicar cualquier antiséptico);
- Si las partes involucradas fueran los ojos, la nariz o la boca, se enjuagarán con una gran cantidad de agua.

Luego de seguir los pasos arriba mencionados, el personal que haya sufrido una exposición significativa habrá de consultar de inmediato con un profesional médico o con el funcionario a cargo de los procedimientos post-exposición y debe organizarse un tratamiento de profilaxis post exposición.

La prevención del VIH en su cárcel redunda en beneficio de todos

El personal penitenciario juega un papel clave a fin de ayudar a minimizar la propagación del VIH en las cárceles. Esto no puede lograrse simplemente mediante la aplicación de la tolerancia cero a la actividad sexual y al uso de drogas en las prisiones. La experiencia ha demostrado que se necesita un enfoque abarcador que apunte a:

- Evitar la prevalencia de un comportamiento altamente riesgoso; y
- Reducir el daño causado por dicho comportamiento cuando éste se produce.

Muchas de las actividades que pueden transmitir el VIH en las cárceles van en contra de las reglas penitenciarias y en algunos casos en contra de la ley penal. Las cárceles deben hacer todo lo posible para evitar el uso de drogas y el sexo sin protección en las cárceles, y reducir los niveles de violencia — en particular la violencia sexual. Sin embargo, es importante reconocer que los esfuerzos por frenar estas actividades como, por ejemplo, el uso de drogas en las cárceles, no se concretarán siempre con éxito. Se encuentran drogas ilegales en todas las cárceles del mundo a pesar de los esfuerzos sostenidos del personal y de los sistemas penitenciarios por evitar que los reclusos usen drogas ilegales —haciendo lo posible por evitar el ingreso de drogas a las cárceles, controlando estrictamente la distribución de medicamentos recetados y aplicando las prohibiciones penales sobre la posesión y el uso de drogas ilegales entre los privados de libertad.

En primer lugar, las medidas que se toman para evitar las actividades no resultan suficientes. Aunque se sabe que estas actividades — especialmente el uso de drogas inyectables y el sexo— no pueden monitorearse y frenarse por completo, las cárceles deben aplicar medidas para reducir el riesgo para la salud asociado a estas actividades, por ejemplo, suministrando preservativos y agujas y jeringas a los internos. Esto no significa condonar estas actividades. En realidad significa adoptar un enfoque pragmático que admita que pueden darse comportamientos riesgosos en las cárceles y que reduzca el daño potencial a los reclusos y a la comunidad en general.

Aquellos elementos del enfoque abarcador para prevenir la propagación del VIH en las cárceles que han resultado efectivos a fin de reducir los riesgos del VIH y que, al mismo tiempo, no han planteado un riesgo para el personal penitenciario incluyen:

- Programas de información, educación y comunicación;
- Suministro de preservativos e aplicación de medidas para evitar la violación, la violencia sexual y la coerción;
- Terapias de sustitución de los opiáceos y otras formas de tratamiento contra la drogodependencia;
- Medidas para reducir la oferta y demanda de droga;
- Provisión de jeringas y agujas esterilizadas y de cloro y otros desinfectantes.

Se puede pedir que el personal penitenciario participe en la supervisión de algunas de estas medidas. Aún cuando sea el personal sanitario quien aplique los programas, éstos a veces no pueden funcionar sin otro personal que los apoye o al menos los tolere y les permita funcionar sin interferencias.

Educación e información sobre VIH

La educación en VIH es una precondition esencial para la ejecución de medidas de prevención de VIH en las cárceles. Al mismo tiempo, los esfuerzos de educación en el tema del VIH en las cárceles presentan desafíos específicos. En particular, muchas personas privadas de libertad sospechan de todo lo “oficial” o relacionado con el Gobierno, lo que significa que los programas creados por la administración carcelaria o por el personal penitenciario sin las contribuciones y la participación de los reclusos pueden no ser efectivos.

La experiencia ha demostrado que la educación entre pares —educación diseñada e impartida por reclusos a otros internos— es especialmente eficaz. La educación entre pares juega un papel decisivo en la educación de los otros privados de libertad, ya que la mayoría de los comportamientos que ponen a los reclusos en riesgo de contraer VIH en las cárceles involucran prácticas ilegales o prohibidas y estigmatizadas. Por lo tanto, los pares pueden ser las únicas personas capaces de hablarle francamente a otros reclusos sobre la manera de reducir el riesgo de contraer infecciones. Asimismo, no es probable que se considere la contribución de los educadores de pares con la misma sospecha con que se recibe la información provista por los integrantes de la jerarquía penitenciaria. Es más probable que los educadores de pares puedan mantener un debate más realista sobre las alternativas que tienen los privados de libertad en lugar del comportamiento riesgoso, y emitir una mejor opinión sobre las estrategias educativas que funcionarán dentro de la cárcel y la estructura de poder informal entre internos.

Junto con los enfoques de los pares, la experiencia sugiere que los que mejor pueden proveer educación son las organizaciones no gubernamentales y otros profesionales que provienen desde fuera del sistema carcelario.

Las experiencias con iniciativas de prevención del VIH demuestran que los reclusos pueden desarrollar mayor confianza con el personal de las organizaciones de la sociedad civil y con otros profesionales que se encuentran fuera de la cárcel que con aquel personal que constituye parte de la organización jerárquica penitenciaria.

Por lo tanto, resulta necesario que el personal penitenciario facilite el trabajo de los educadores de pares así como el de las organizaciones de la sociedad civil u otros profesionales que no pertenecen al sistema penitenciario.

Finalmente, tanto la información como la educación son importantes pero no constituyen una respuesta suficiente ante el VIH en las cárceles. No resultan de gran utilidad para los reclusos si éstos no cuentan con los medios para actuar en base a la información provista.



Para obtener mayores detalles (y referencias completas) sobre los programas de información y educación y otras medidas de prevención del VIH que se plantean en el presente módulo, véase:

MS, ONUDD, ONUSIDA (2007). [Comprehensive review.] *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible a través de <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>.

Suministro de preservativos y prevención de la violencia sexual, la violación y la coerción

Muchos sistemas penitenciarios en diferentes partes del mundo, incluyendo Europa, Canadá, Australia, algunas cárceles en los Estados Unidos, en partes de Europa Oriental y Asia Central, en Brasil, Sudáfrica, Irán e Indonesia, ponen preservativos a disposición de los privados de libertad.

En algunos escenarios carcelarios, el personal se ha opuesto a la distribución de preservativos y ha expresado su inquietud respecto de la seguridad así como su oposición al sexo entre hombres. Algunos han argumentado que la entrega de preservativos conducirá a un incremento en la actividad sexual entre reclusos o que los profilácticos podrán utilizarse para ocultar la droga.

Sin embargo, se ha comprobado que estos temores no tienen fundamento. La experiencia en muchos países en los que se han provisto preservativos en las cárceles ha demostrado que los profilácticos pueden suministrarse en una amplia gama de escenarios carcelarios—incluidos aquellos países donde se penaliza el sexo entre personas del mismo sexo—sin problemas de seguridad u otras consecuencias negativas de importancia. En particular, se halló que el acceso a los preservativos no representa amenaza alguna para la seguridad o las operaciones y no conduce a una actividad sexual mayor, y la mayoría de los reclusos y del personal penitenciario los acepta una vez introducidos. Cuando se inicia un programa de profilácticos, en general, aumenta el apoyo a la provisión de preservativos.

Los preservativos deberían obtenerse de forma fácil y discreta, idealmente en áreas tales como los baños, la zona de duchas, las salas de espera, los talleres o las salas de día donde los reclusos pueden retirar los profilácticos sin ser vistos por otros reclusos o por el personal penitenciario. La distribución puede hacerse a través del personal sanitario, de máquinas expendedoras, de privados de libertad capacitados (pares) o en forma combinada. Cada cárcel determinará cuál es la mejor manera de poner los preservativos a

disposición de los intenos, a fin de asegurar un acceso fácil y discreto. Los reclusos no deberían tener que pedir los preservativos al personal, ya que pocos lo harían pues no querrán revelar que tienen sexo en la cárcel.

El suministro de preservativos en las cárceles es importante pero no alcanza para abordar el riesgo de transmisión sexual del VIH. La prevención del VIH también depende de las medidas que se tomen para evitar las violaciones, la violencia sexual y la coerción en las cárceles. Todo el personal penitenciario juega un papel en la lucha contra el comportamiento sexual agresivo de los reclusos y debe plantear la aparición de dicho comportamiento ante las autoridades cuando lo identifiquen.

Finalmente, es importante reconocer que a veces el personal penitenciario participa en los comportamientos riesgosos en las cárceles, o los hace posibles. Algunos integrantes del personal mantienen relaciones sexuales con los reclusos, lo que no solamente va en contra de las reglas carcelarias sino que también representa un abuso de su poder y autoridad. Dentro del contexto del VIH, ello implica el riesgo de transmisión de este virus. Se supone que otros integrantes del personal también han buscado reclusos más jóvenes para la gratificación sexual de los privados de libertad de mayor edad. Todo el personal tiene la responsabilidad de evitar dicha actividad e informar a las autoridades carcelarias y a la policía cuando se enteran de los hechos.



Para obtener mayores detalles y referencias véase: OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>.

Tratamiento de la drogodependencia

Una de las maneras de reducir la transmisión del VIH por compartir los elementos de inyección es mediante la reducción de las prácticas que se desprenden del uso de drogas inyectables. Esto podrá lograrse mediante programas de tratamiento de la drogodependencia en las cárceles. Hay dos formas principales de tratamiento:

- Tratamiento basado en la abstinencia donde se supone que los reclusos se abstienen totalmente de consumir drogas; y
- Terapia de sustitución de opiáceos que incluye la receta de drogas con efectos similares a los opiáceos ilegales pero corriendo un riesgo menor.

Terapia de sustitución de los opiáceos (TSO)

Todas las formas de tratamiento de la drogodependencia tienen algún impacto en los riesgos de transmisión del VIH pero son los programas de terapia de sustitución de opiáceos los que tienen el mayor potencial para reducir el consumo de drogas inyectables y el riesgo resultante de propagación de la infección.

Sin embargo, algunos sistemas carcelarios todavía se resisten a proveer TSO. Algunos integrantes del personal penitenciario consideran que la metadona o la buprenorfina actúan simplemente como otra droga más que altera el humor, cuyo suministro retrasa el cambio hacia una existencia que no sea centrada en la droga. Algunos también se oponen a la TS por razones morales, arguyendo que es un mero reemplazo de una droga que genera dependencia por otra. Sin embargo, las evaluaciones de los programas de TS en las cárceles han demostrado claramente sus beneficios. Los estudios han mostrado que si la dosis es adecuada (al menos 60 mg de metadona) y el tratamiento se brinda durante todo el período de reclusión, dichos programas reducen las agujas compartidas para el consumo de drogas inyectables y la resultante propagación de VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre. Además tienen beneficios adicionales que valen la pena, tanto para los reclusos participantes en el programa, como para el personal penitenciario y la comunidad en general. Por ejemplo:

- La terapia de sustitución de los opiáceos (TSO) tiene un efecto positivo sobre el comportamiento institucional, ya que reduce aquellos comportamientos de búsqueda de la droga, con la consiguiente mejora de la seguridad en las cárceles.
- Es menos probable que regresen a la cárcel aquellos reclusos que reciben la terapia de sustitución de los opiáceos;
- Aunque el personal penitenciario a menudo plantea sus inquietudes respecto de la seguridad, el comportamiento violento y el desvío de la metadona, estos problemas no surgen una vez que se ha aplicado el programa de TSO;
- Los privados de libertad y el personal penitenciario reportan sobre el impacto positivo que ha tenido la terapia de sustitución de los opiáceos sobre la vida en las cárceles.

Otras formas de tratamiento de la drogodependencia

Otras formas de tratamiento de la drogodependencia suelen ser menos controvertidas que la terapia de sustitución de los opiáceos en las cárceles, pero existen pocos datos sobre su eficacia como estrategia de prevención del VIH. Esto no es sorprendente ya que, en general, no se introducen estas terapias en las cárceles teniendo a la prevención del VIH como uno de sus objetivos — a diferencia de la TSO que se ha vuelto cada vez más disponible en los sistemas penitenciarios, al menos en parte, por su potencial de reducir el consumo de drogas inyectables y el riesgo resultante de propagar enfermedades.

Sin embargo, además de la terapia de sustitución, es importante ofrecer programas basados en la abstinencia. El tratamiento de buena calidad, apropiado y accesible puede mejorar la seguridad en las cárceles así como la salud y el comportamiento social de los reclusos y puede reducir la reincidencia, siempre que se les dé un tratamiento y apoyo permanentes, atención posterior a la liberación y se satisfagan las necesidades individuales de los privados de libertad.

Aún en los sistemas carcelarios que cuentan con grandes cantidades de recursos, el tratamiento de la drogodependencia sólo llega a una pequeña proporción de aquellos que

lo necesitan y no siempre es efectivo. Por eso también deben tomarse otras medidas de prevención del VIH, como los programas de aguja y jeringa.



Para obtener mayores detalles y referencias sobre la TSO y otras formas de tratamiento de la drogodependencia véase: OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>.

Estrategias para reducir la oferta y demanda de drogas

Además del tratamiento de la drogodependencia, la adopción de estrategias para reducir la oferta y demanda de drogas en las cárceles también puede ayudar en los esfuerzos por prevenir la transmisión de VIH en los establecimientos penitenciarios. Sin embargo, es importante observar desde el comienzo que es poco probable que dichos esfuerzos eliminen el uso de drogas en las cárceles. Aún aquellos sistemas penitenciarios que han dedicado una gran cantidad de recursos financieros a dichos esfuerzos no han podido eliminar el uso de drogas. Por ende, estos esfuerzos no pueden reemplazar las otras medidas descritas más arriba sino que pueden complementarlas.

Estrategias para reducir la demanda de droga

La investigación demuestra que una de las razones por las que una cantidad relativamente grande de reclusos en muchos sistemas carcelarios toman droga cuando están privados de su libertad es para combatir el aburrimiento, la alienación y el estrés y para promover la relajación. Esto sugiere que, además del tratamiento contra la droga, una de las formas más efectivas de reducir la demanda de drogas es mejorar las condiciones en las cárceles y ofrecer actividades significativas allí adentro. Si se le da a los reclusos la oportunidad de trabajar y/o estudiar durante su permanencia en la cárcel o actividades tales como los deportes, el teatro y otras de índole espiritual y cultural para brindarle a las personas una forma saludable e inspiradora de emplear su tiempo, ello puede tener efectos positivos sobre los comportamientos riesgosos, especialmente cuando se complementan con una educación apropiada para prevenir el consumo de drogas.

Otra estrategia para reducir la demanda de drogas y que utilizan cada vez más los sistemas penitenciarios, especialmente en los países que cuentan con más recursos, es el establecimiento de las denominadas “unidades libres de droga”. En general, las unidades o los pabellones “libres de droga” son unidades separadas dentro de una cárcel que se concentran en limitar la oferta de drogas y se pueblan con privados de libertad que han firmado en forma voluntaria un contrato en el que prometen no consumir droga. En algunas instancias, se concentran solamente en la interceptación de droga a través de mayores requisas, mientras algunos sistemas proporcionan un enfoque multifacético que combina las medidas de interceptación de drogas con los servicios de tratamiento. Las unidades “libres de drogas” podrían ayudar en los esfuerzos por combatir la propagación del VIH en las cárceles si resultaran en una disminución en el consumo de drogas entre

los privados de libertad de estas unidades. Dichas unidades atraen a una gran cantidad de reclusos, incluyendo aquellos que no tienen problema con la droga y quieren vivir en un entorno libre de drogas. Sin embargo, los estudios no mencionan si dichas unidades “libres de drogas” atraen y tienen éxito en retener a los usuarios más problemáticos, en especial, los reclusos que se inyectan drogas. En la actualidad no hay datos sobre la efectividad de las unidades libres de droga como estrategia de prevención del VIH.

Estrategias para reducir la oferta de droga

Pueden utilizarse una amplia gama de técnicas y procedimientos de requisita y secuestro en un intento por reducir la oferta de drogas en las cárceles. Estas medidas de reducción de la oferta incluyen: requisitas al azar por parte del personal de seguridad; inspecciones y requisitas del personal y de las visitas que entran y salen de las cárceles; perros detectores de drogas; monitoreo por circuito cerrado; medidas de seguridad perimetral (redes sobre los patios donde se realizan ejercicios, cercos internos más elevados para evitar los proyectiles, vehículos de respuesta rápida que patrullan el perímetro de la cárcel); compra de bienes solamente de proveedores aprobados; analistas de inteligencia en cada institución; tecnologías de detección de drogas (tales como escáneres iónicos, máquinas de rayos X, etc.); modificaciones en el diseño y la distribución de las áreas de visita (utilización de mobiliario fijo y bajo); y análisis para detectar el consumo de droga (también denominado análisis de droga en orina).

Muchos sistemas carcelarios, especialmente en los países de ingresos altos, han enfatizado considerablemente las medidas para reducir la oferta de drogas. Aunque estas medidas no están dirigidas a abordar el VIH en las cárceles, pueden tener consecuencias no deseadas sobre los esfuerzos de prevención del VIH y VHC. Las medidas de interceptación de drogas pueden ayudar en los esfuerzos de prevención del VIH al reducir la oferta y el consumo de drogas inyectables en las cárceles. Al mismo tiempo, podrían dificultar dichos esfuerzos.

Por ejemplo, muchos sistemas carcelarios ricos en recursos realizan análisis de orina periódicos o al azar para detectar el uso de drogas ilegales. Se puede penalizar a los reclusos que han consumido drogas ilegales. Desde el punto de vista de la salud pública, se han planteado inquietudes en cuanto a la posibilidad de que estos programas favorezcan el incremento en lugar de la disminución del riesgo de infección por VIH de los reclusos. Se ha comprobado que la ejecución de dichos programas puede contribuir a reducir la demanda y el consumo de marihuana en las cárceles. Sin embargo, dichos programas parecen tener pocos efectos sobre el uso de opiáceos. En realidad, se ha comprobado que muy pocas personas pueden decidir volcarse al consumo de drogas inyectables para evitar la detección de marihuana a través de los análisis de drogas. La marihuana puede detectarse en orina durante mucho más tiempo (hasta un mes después) que las drogas inyectables como la heroína y los opiáceos. Algunos reclusos eligen inyectarse drogas en lugar de correr el riesgo de sufrir penalizaciones por fumar marihuana, simplemente para minimizar el riesgo de la detección y el castigo. Dada la escasez de agujas esterilizadas y la frecuencia con que se comparten las agujas en las cárceles, el cambio hacia las drogas inyectables puede tener consecuencias serias sobre la salud de los privados de libertad.

Generalmente, y a pesar de que muchos sistemas penitenciarios realizan inversiones importantes en medidas para reducir la oferta de drogas, existen pocas pruebas empíricas sólidas y coherentes para confirmar su eficacia en reducir el consumo de drogas. No se ha podido comprobar que estas medidas conduzcan a un menor riesgo de VIH.

Los sistemas penitenciarios que enfrentan limitaciones no deben, por ende, aplicar medidas costosas como, por ejemplo, tecnologías de detección de drogas y análisis de drogas que pueden consumir una cantidad importante de recursos que de otro modo se utilizaría para abordar el problema del VIH en las cárceles. Deberían concentrarse en las medidas de prevención de VIH que se mencionaron más arriba y que resultan eficaces en función de los costos y en los esfuerzos por mejorar las condiciones en las cárceles y las condiciones de trabajo así como los sueldos del personal penitenciario, sin quienes las estrategias de reducción de la oferta de drogas no podrían resultar exitosas.

Finalmente, es importante reconocer que a veces es el personal penitenciario quien introduce ilegalmente las drogas en las cárceles, ya sea por la presión ejercida por los reclusos o por corrupción. Todo el personal tiene su cuota de responsabilidad en evitar dicha actividad y debe informar a las autoridades carcelarias y a la policía si toman conocimiento de dichas actividades.

Programas de provisión de agujas y jeringas y de cloro y otros desinfectantes

Muchos sistemas penitenciarios han adoptado programas que proveen a los reclusos que consumen drogas inyectables desinfectantes así como instrucciones sobre cómo descontaminar los elementos de inyección antes de reutilizarlos. Las evaluaciones de dichos programas han demostrado que la distribución de cloro no compromete la seguridad. Sin embargo, los estudios en la comunidad en general han planteado dudas sobre la efectividad del cloro para desinfectar los elementos de inyección. En particular, la desinfección con cloro tienen beneficios limitados en la prevención de la transmisión del virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables.

Por lo tanto, una creciente cantidad de cárceles pone a disposición de los reclusos que consumen drogas inyectables las agujas y jeringas. Los programas de agujas y jeringas se han aplicado tanto en cárceles de hombres como de mujeres, en instituciones de diferente tamaño, dentro de los sistemas civiles y militares, en instituciones que albergan reclusos en celdas individuales y en aquellas que colocan a los privados de libertad en barracas, en instituciones con diferentes clasificaciones en cuanto a su seguridad y con diversas formas de detención (preventiva y con sentencia, régimen abierto o cerrado).

Se han utilizado varios modelos para distribuir los elementos de inyección esterilizados, lo que incluye las máquinas expendedoras, distribución en mano por parte de los médicos de la cárcel, y distribución por parte de los reclusos capacitados quienes actúan como trabajadores sociales entre sus pares.

Quizás la distribución de agujas y jeringas a los reclusos sea la medida preventiva del VIH más controvertida en las cárceles. Muchas veces el personal penitenciario se ha opuesto a esta medida diciendo que las agujas podrían utilizarse como armas en contra del per-

sonal y/o de los otros reclusos y que su provisión equivaldría a condonar el uso de drogas entre los privados de libertad y a abandonar los esfuerzos por evitar el ingreso de drogas en las cárceles.

Sin embargo, la experiencia de muchas cárceles en las que se han aplicado los programas ha resultado positiva no solamente para los reclusos sino también para el personal penitenciario:

- Los programas de agujas y jeringas para cárceles resultan efectivos para reducir las agujas compartidas y la resultante infección por VIH.
- Los programas de agujas y jeringas no socavan los programas basados en la abstinencia. Las drogas siguen prohibiéndose en las cárceles que cuentan con estos programas. El personal de seguridad sigue teniendo la responsabilidad de localizar y confiscar las drogas ilegales. Sin embargo, se reconoce que si las drogas logran entrar a las cárceles y son utilizadas por los reclusos, la prioridad debe ser evitar la transmisión de VIH y VHC a través de prácticas de inyección no seguras. Por lo tanto, mientras las drogas en sí se consideran ilegales, no lo son las agujas que son parte del programa oficial de agujas y jeringas. Las evaluaciones han demostrado que los programas de agujas y jeringas en las cárceles en realidad facilitan la derivación de quienes consumen drogas a los programas de tratamiento de la drogodependencia y han llevado a un incremento en el número de reclusos que acceden a dichos programas.
- Desde que se inició el primer programa en 1992 no hubo informes de jeringas que se hayan utilizado como arma en ninguna prisión que tiene un programa de esta índole en funcionamiento. De hecho, hay informes que dan cuenta de un aumento en la seguridad del personal en las cárceles que aplican estos programas de agujas y jeringas, ya que se han reducido las lesiones accidentales del personal a causa de jeringas ocultas y que aparecen durante las requisas en las celdas. La disminución de las posibilidades de lesiones se debe al hecho de que se le permite a los reclusos almacenar los elementos de inyección en un área en particular y, por ende, no los esconden, reduciendo así el riesgo del personal de lastimarse con una pinchadura de aguja durante una requisa. El personal también ha informado que la introducción de los programas de agujas y jeringas facilita el control de los elementos de inyección.
- La disponibilidad de jeringas no lleva a un mayor número de consumidores de drogas inyectables ni tampoco a un incremento en el consumo general de drogas, o a un aumento de la cantidad de droga en las instituciones. En algunas cárceles, las evaluaciones comprobaron que había disminuido el consumo de drogas en general o el uso de las inyectables.
- Antes de la ejecución de estos programas, muchas veces se debía convencer al personal penitenciario para que acepte o al menos tolere los programas de agujas y jeringas. Sin embargo, una vez instituidos, aumentaba el nivel de aceptación que generalmente era elevado entre el personal, así como entre los reclusos que usan y los que no usan drogas. La actitud del personal hacia los programas fue menos positiva en aquellas cárceles en las que los reclusos experimentaban problemas de

acceso a las jeringas y/o donde no confiaban en poder obtenerlas sin sufrir consecuencias negativas, lo que lleva a un comercio ilegal de jeringas en las cárceles y, en general, reduce los beneficios del programa.

- El apoyo de los reclusos y del personal penitenciario es importante y, tanto los privados de libertad como el personal, deben recibir información y capacitación sobre el programa y sobre los beneficios que se esperan de él y participar en su diseño y aplicación.

Recuadro 35: El personal brinda su apoyo a los programas de agujas y jeringas

A fines de 2000, se habían introducido con éxito los programas de agujas y jeringas en siete cárceles de Alemania, y otras cárceles analizaban la posibilidad de hacerlo. Sin embargo, desde entonces, se cerraron seis de los programas y no por problemas inherentes a ellos sino como resultado de decisiones políticas de las autoridades gubernamentales recientemente electas. En cada uno de estos casos, la decisión de cancelar los programas se hizo sin consultar al personal penitenciario y sin la posibilidad de preparar a los reclusos para enfrentar la inminente pérdida de estos programas. Se ha informado que desde el cierre de los programas, los privados de libertad han vuelto a compartir agujas y a ocultarlas, aumentando la posibilidad de transmisión del VIH y del VHC, así como el riesgo de lesiones del personal por pinchaduras accidentales de agujas. Los integrantes del personal han sido los críticos más firmes de la decisión del gobierno de cerrar los programas y han hecho cabildeo con los funcionarios a fin de reinstaurar dichos programas.



Para obtener mayores detalles y referencias véase OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Evidence for Action Technical Papers*. Disponible en <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>.

Las preguntas más frecuentes

¿Debería ser obligatorio para los internos el análisis de VIH y su separación del resto de la población carcelaria?

Los internos con el VIH o el sida ¿deben poder realizar las mismas actividades que los demás?

¿Debe informarse al personal cuáles de los internos son VIH positivos?

La provisión de preservativos y agujas y jeringas a los privados de libertad ¿tiene un impacto negativo sobre la seguridad en las cárceles?

La provisión de agujas y jeringas a los internos ¿es una forma de condonar el uso de drogas en las cárceles?

En lugar de suministrar a los internos las herramientas de prevención como preservativos y agujas y jeringas ¿no debería adoptarse un enfoque de tolerancia cero y eliminar las drogas y el sexo de las cárceles?

Véase el Módulo 3 “Preguntas Más Frecuentes” para encontrar las respuestas detalladas a estas preguntas.

Lista de Verificación 15: ¡El personal penitenciario es clave!

- ¿Se le ha brindado capacitación para realizar sus tareas en forma saludable y segura?
- ¿Se le ha capacitado en primeros auxilios?
- ¿Tiene acceso a elementos de protección tales como los guantes de látex, las máscaras para respiración boca a boca, etc.?
- ¿Sigue los procedimientos de trabajo seguros y, en particular, procedimientos de requisa seguros?
- ¿Conoce el protocolo para manejar las situaciones de exposición a sangre y/o fluidos corporales?
- ¿Ha sido vacunado contra la Hepatitis B?
- ¿Facilita el trabajo de los educadores de pares y de las organizaciones y profesionales de la sociedad civil externas?
- ¿Apoya activamente la entrega de preservativos a los internos o, al menos, lo tolera y no interfiere con su distribución?
- ¿Apoya las medidas contra el abuso sexual en su cárcel al tomar medidas activas para proteger a los internos vulnerables y al denunciar cualquier abuso que llegue a su conocimiento?
- ¿Apoya activamente la provisión de cloro y agujas y jeringas a los privados de libertad, o al menos lo tolera y no interfiere con su distribución?
- Finalmente ¿se protege del VIH y otras infecciones fuera de sus horas de trabajo?

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles

Temas para el personal sanitario en las cárceles

Módulo
5

Este módulo está dirigido al personal médico y sanitario que trabaja en las cárceles. Esperamos que resulte de utilidad para los médicos, auxiliares de enfermería, paramédicos y otros.

Este módulo brinda información a los trabajadores sanitarios en las cárceles sobre:

- Normas y reglas internacionales que rigen la atención de la salud en las cárceles;
- Por qué los reclusos son especialmente vulnerables al VIH;
- Qué se puede hacer para reducir la transmisión del VIH en las cárceles y para proveer un acceso equitativo al tratamiento y la atención de aquellos privados de libertad que viven con el VIH y el sida;
- Cuestiones prácticas relacionadas con el trabajo en las cárceles;
- Limitaciones sobre la atención médica que se brinda en los entornos carcelarios.

No se proporcionará aquí información médica detallada sobre los protocolos de diagnóstico y tratamiento del VIH o el sida o las formas más efectivas de aplicar las iniciativas sanitarias como, por ejemplo, la terapia de sustitución de los opiáceos o los programas de agujas y jeringas. Sin embargo en las secciones relevantes se derivará a las fuentes donde se puede encontrar dicha información adicional.

Además de tratar a los pacientes individuales, los trabajadores sanitarios en las cárceles juegan una serie de papeles importantes relacionados con el VIH y el sida.

Estos roles incluyen lo siguiente:

- Informar, capacitar o actualizar los conocimientos médicos sobre la base de pruebas científicas y las mejores prácticas respecto del VIH, sida y las medidas destinadas a reducir el daño;
- Contribuir a la política en las cárceles y a las reglamentaciones penitenciarias que respetan los derechos humanos y, en particular, el derecho a la salud; y
- Proporcionar información y capacitación a los privados de libertad y al personal penitenciario para crear conciencia, abordando la discriminación y estigmatización, y cambiando el comportamiento.

El papel especial del personal sanitario

Los médicos y auxiliares de enfermería que trabajan en las cárceles juegan un papel de liderazgo único para asegurar una cárcel saludable. Deben comenzar con una base firme de capacitación profesional donde se cubran y debatan a pleno los temas de confidencialidad, derechos del paciente y derechos humanos. También deberán tener algunos conocimientos sobre epidemiología, la forma en que se propagan las enfermedades y de qué modo el estilo de vida y los factores socioeconómicos pueden afectar a la salud. Además deben tener conciencia de los aspectos de la nutrición humana y de la importancia del ejercicio y del aire libre para promover la salud. Deben estar alertos ante las amenazas potenciales para la salud y poder detectar en una etapa temprana los signos que indican problemas de salud mental.

Promoting health in prisons – the essentials. A WHO guide. OMS Europa, 2006

Los roles también deben incluir el desarrollo y la promoción de medidas específicas para reducir los factores de riesgo para la propagación en las cárceles del VIH y de otras enfermedades transmitidas por la sangre, lo que incluye lo siguiente:

- Contribuir a los programas de asesoramiento y análisis voluntarios;
- Proveer preservativos (y lubricantes);
- Iniciar o continuar con los tratamientos para la drogodependencia;
- Supervisar la distribución de cloro así como los programas de agujas y jeringas;
- Evaluar la elegibilidad de los pacientes para ser liberados antes por razones médicas.

El papel específico que puede jugar el personal sanitario depende del marco de leyes, políticas y prácticas de cada país. Como proveedores de servicios de salud quizás pueden llegar a incidir en ese marco y asegurar, en la medida de lo posible, que el enfoque hacia la prevención y el tratamiento del VIH utilizado en la comunidad se aplique también en las cárceles. Un punto de partida para brindar servicios de salud equivalentes y equitativos en las cárceles sería establecer vínculos estrechos entre los servicios de salud en las cárceles y los servicios de salud en la comunidad.

Normas y reglas internacionales que rigen la atención de la salud en las cárceles

La salud en las cárceles es parte de la salud pública

La gran mayoría de las personas reclusas en las cárceles con el tiempo regresan a la sociedad. Por ende, cualquier enfermedad que contraigan en la cárcel, o cualquier condición médica que empeore por las condiciones deficientes de la reclusión, resultan inquietantes para la comunidad en su conjunto cuando se libera a los privados de libertad. Es esencial esta relación entre la salud en las cárceles y la salud pública. Es importante reducir la transmisión de VIH en las cárceles para disminuir la propagación de la infección a la sociedad en general y esta tarea no debe quedar solamente en manos de las autoridades penitenciarias. Si se mejora la condición sanitaria de los reclusos y se reduce la incidencia de la enfermedad en las cárceles, ello beneficia no solamente a los privados de libertad sino también al personal penitenciario y constituye un elemento integral para mejorar la salud y seguridad en el lugar de trabajo.

Por lo tanto, no tan solo el VIH y el sida sino también la hepatitis y la tuberculosis y todos los demás aspectos de la salud física y mental en las cárceles resultan inquietantes para los profesionales de la salud de ambos lados de las paredes de la penitenciaría. Tal como se estableció en la Declaración de Moscú “la salud en las cárceles es parte de la salud pública”.

La Declaración de Moscú expresa la necesidad de que todos los profesionales de la salud, así como las administraciones de las cárceles, los encargados de la formulación de políticas y los gobiernos luchen por lograr una integración más estrecha entre los servicios de salud pública y los servicios sanitarios en las cárceles. Las obligaciones éticas del personal sanitario que trabaja en las cárceles establecen que su primera prioridad es la

salud de sus pacientes, aunque estén trabajando en un entorno donde generalmente son prioritarios el control y la seguridad. En aquellos países que cuentan con un servicio de salud pública que funciona bien, hay fundamentos firmes para trasladar la responsabilidad por la salud en las cárceles al Ministerio de Salud. Sin embargo, esto no significa un simple traspaso de la responsabilidad y exige una evaluación detallada y cuidadosa de la factibilidad de hacerlo en cada caso.

Una integración más estrecha entre los servicios de salud de la comunidad y los servicios de salud pública habrá de:

- Ayudar a proteger la independencia de la opinión clínica del personal sanitario en las cárceles;
- Mejorar la continuidad del tratamiento y de la atención entre las cárceles y la comunidad, en especial para el tratamiento antirretroviral y para otros programas de tratamiento como, por ejemplo, los de la tuberculosis;
- Brindar apoyo y capacitación de otros profesionales de la salud a los colegas que trabajan en las cárceles;
- Apoyar firmemente las medidas de salud pública como la provisión de preservativos, cloro y agujas y jeringas, aún cuando éstos puedan percibirse como la causa de los problemas en un entorno carcelario;
- Aumentar la confianza entre los privados de libertad y el personal sanitario de las cárceles y, por ende, facilitar la introducción de actividades de prevención y promoción de la salud.



El texto completo de la Declaración de Moscú se puede encontrar en el sitio web del proyecto WHO Europe "Health in Prisons": <http://www.euro.who.int/prisons>

El principio de equivalencia

Tal como se explicara en los módulos anteriores, los reclusos no deben considerarse en forma independiente de la comunidad sino como parte de ella. El castigo de la reclusión es una privación de la libertad y no se extiende a la privación de otros derechos humanos fundamentales como, por ejemplo, el derecho a la vida, el derecho a no ser torturado y recibir otro tipo de maltrato, y el derecho a no ser discriminado. En especial, los privados de libertad no pierden su derecho a la salud.

La salud en las cárceles es un derecho garantizado por el derecho internacional así como por los lineamientos, reglas, declaraciones y convenciones internacionales. El derecho a la salud incluye el derecho al tratamiento médico y a medidas preventivas así como a una atención de la salud equivalente a lo que se brinda en la comunidad. Esto significa no solamente que los reclusos deben tener acceso a un nivel equivalente de atención de la salud si se enferman en la cárcel sino que los tratamientos o programas iniciados antes

de ingresar a prisión deben continuarse en la cárcel y aún después de producida la liberación. Este último punto tiene una relevancia especial en relación con los programas de tratamiento de la drogodependencia y aquellos de prevención y tratamiento del VIH, tal como se explicará en las secciones siguientes.

La Organización Mundial de la Salud en su *Guía sobre la infección con VIH y sida en las cárceles* también establece que todos los reclusos tienen derecho a recibir servicios de atención de la salud, lo que incluye medidas preventivas, equivalentes a las que se encuentran en la comunidad, sin discriminación alguna, en particular, con relación a su condición jurídica o su nacionalidad. Además, esta guía contiene estas otras recomendaciones relacionadas con el cuidado y apoyo vinculados con los reclusos que son VIH positivos:

34. En cada etapa de la enfermedad relacionada con el VIH/Sida, los reclusos deberán recibir un tratamiento médico y psicosocial apropiado igual al que recibiría cualquier otro miembro de la comunidad. Debe alentarse la participación de todos los privados de libertad en los programas de apoyo de pares. Debe promoverse la colaboración con los proveedores de servicios médicos en la comunidad a fin de facilitar la provisión de atención médica.

35. Durante el período de detención debe estar disponible y accesible el seguimiento y asesoramiento médico para los reclusos VIH positivos asintomáticos.

36. Los reclusos deben poder acceder a información sobre opciones de tratamiento así como el derecho a negarse al tratamiento, tal como sucede en la comunidad.

37. El servicio médico carcelario debe proporcionar tratamiento para la infección por VIH y la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades relacionadas, aplicando los mismos criterios clínicos y de accesibilidad que los existentes en la comunidad.

38. Los reclusos deben tener el mismo acceso que la gente que vive en la comunidad a los ensayos clínicos de tratamiento para todas las enfermedades relacionadas con el VIH/Sida. No se debe presionar a los reclusos para que participen en los ensayos clínicos, tomando en cuenta el principio de que los individuos privados de su libertad no pueden ser objeto de investigaciones médicas salvo que presten su consentimiento libre a estas investigaciones y que se pueda esperar que tengan un beneficio directo y significativo para su salud.

39. Es el personal sanitario quien debe tomar la decisión de internar en un hospital a un recluso con el sida u otras enfermedades relacionadas con el VIH por razones médicas. Debe asegurarse al privado de libertad el acceso a servicios especializados correctamente equipados, en el mismo nivel que aquellos que se brindan en la comunidad.

40. Los servicios médicos en las cárceles deben colaborar con los servicios sanitarios de la comunidad para asegurar el seguimiento médico y psicológico de los reclusos VIH positivos luego de su liberación y si es que prestan su consentimiento a ello. Debe alentarse a los reclusos para que utilicen estos servicios.

Un enfoque de derechos humanos respecto de la salud en las cárceles

Un enfoque de salud en las cárceles basado en los derechos humanos respeta, protege y promueve el derecho de los reclusos a la salud, busca una integración más estrecha de los servicios de salud de las cárceles y de la comunidad y sostiene el principio de la equivalencia de la atención médica. El personal médico y otros integrantes del personal penitenciario tienen la responsabilidad de proteger y promover la salud de los privados de libertad. Esto va más allá de la simple práctica del diagnóstico y tratamiento en reclusos individuales para incluir temas de higiene, nutrición, acceso a actividades significativas, recreación y deportes, ausencia de violencia, contacto con la familia, etc. El personal médico que asume un papel activo en la prevención así como en el cuidado de problemas de salud física y mental proporciona la base para un entorno saludable que debería reducir el daño que la reclusión puede causarle a un individuo.

El personal médico penitenciario debe conocer varias de las disposiciones de los instrumentos sobre derechos humanos que son importantes a fin de establecer y mantener un entorno saludable.

Todas las personas privadas de su libertad tienen derecho a ser tratadas con respeto y dignidad y no ser sometidas a tortura o tratamiento cruel, inhumano o degradante. Los reclusos no deben ser discriminados pero deben ser separados conforme a su sexo, edad y a su condición de condenados o no. El lugar de alojamiento de los privados de libertad debe ayudar a mantener la buena salud, proporcionar acceso a instalaciones sanitarias y duchas y contar con iluminación, ventilación, calefacción y espacio adecuados. Los reclusos deben contar con una dieta adecuada para su salud y tener la posibilidad de consumir agua potable.

A fin de proteger y promover mejor la salud de los reclusos, el personal médico de las cárceles debería ser independiente de la administración penitenciaria y de las fuerzas del orden y no debe participar en la administración del régimen penitenciario y en las decisiones sobre castigos o su aplicación.

¿Por qué los reclusos resultan especialmente vulnerables al VIH?

Hay varias razones por las cuales los reclusos resultan especialmente vulnerables al VIH (y a la hepatitis):

- Aquellos que corren mayor riesgo de contraer VIH se encuentran sobrerrepresentados en las cárceles;
- Las actividades de alto riesgo prevalecen en las cárceles;
- Las condiciones en las cárceles contribuyen a la propagación del VIH;
- Las prácticas médicas pueden incluir el uso o la reutilización de equipamiento médico o dental no esterilizado y, por ende, no es seguro.

Por todas estas razones se han documentado brotes severos de VIH y VHC en las cárceles de una serie de países.

Aquellos que corren mayor riesgo de contraer VIH se encuentran sobrerrepresentados en las cárceles

En general, los grupos de personas que corren mayor riesgo de contraer el VIH (así como la hepatitis, las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis) en la comunidad, se encuentran sobrerrepresentados en las cárceles. Esto incluye los grupos más desfavorecidos en el nivel social y educativo, los consumidores problemáticos de drogas y alcohol, los trabajadores sexuales y otros que generalmente tienen un acceso deficiente a los servicios médicos y las medidas sanitarias de prevención. Como resultado de ello, la prevalencia de VIH en las cárceles es a menudo mucho mayor que en la comunidad.

Las actividades de alto riesgo prevalecen en las cárceles

Dentro de las cárceles las personas pueden continuar (o iniciar) su participación en conductas tales como el consumo de drogas y las actividades sexuales, con poco acceso a las medidas de prevención del VIH (como, por ejemplo, preservativos y elementos de inyección esterilizados) y a la educación sanitaria disponible para la población en general.

El comportamiento sexual sin protección está ampliamente difundido, con reclusos que tienen sexo (forzado o consentido) entre ellos y, a veces, con el personal penitenciario. La alta prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ETS) aumenta la vulnerabilidad a la infección con VIH.

El uso de drogas también se encuentra ampliamente difundido en las cárceles de la mayoría de los países, lo que incluye el consumo de drogas inyectables y los elementos de inyección contaminados que se comparten. Aún en aquellos países con políticas estrictas de “tolerancia cero” donde las autoridades dedican grandes montos de recursos financieros a los esfuerzos por reducir la oferta de drogas en las cárceles y sostienen que el consumo de drogas en las cárceles no existe, las encuestas anónimas demuestran que todavía se da el consumo de drogas. En realidad, algunas de las medidas que se introdujeron para desalentar el consumo de drogas han incrementado en lugar de reducir el riesgo de la infección por VIH.

La cultura del consumo de droga puede asociarse con las jerarquías de las bandas y vincularse estrechamente con la violencia física y sexual.

Los factores de riesgo adicional incluyen el hecho de compartir o reutilizar los elementos para el tatuaje o el *piercing*, así como las afeitadoras, los rituales con sangre/de “hermandad” y la esterilización deficiente o reutilización de instrumentos médicos u odontológicos.

Otros factores que contribuyen a convertir las cárceles en entornos de alto riesgo

Los factores relacionados con la infraestructura y gestión carcelarias contribuyen indirectamente a la vulnerabilidad al VIH. Ello incluye el hacinamiento, la violencia, las actividades de las bandas, la falta de protección para los privados de libertad débiles o jóvenes y la corrupción. Por ejemplo, los reclusos pueden volcarse a las drogas porque se los acosa, o los violan o participan en actos sexuales bajo la amenaza de “pago” para

obtener “protección”. Las bandas en las cárceles también pueden utilizar la violación así como rituales en los que se comparte sangre, para iniciar a los nuevos integrantes. En las cárceles hacinadas, la violencia tiende a ser aún más común. El personal médico de las cárceles puede ayudar a reducir la violencia mediante la documentación del hecho y un reporte imparcial (con el consentimiento de la víctima) de los casos de violencia, ya sea psicológica, física o sexual.

Prácticas médicas deficientes

Finalmente, el VIH así como la hepatitis pueden propagarse fácilmente en las cárceles a través del uso de material médico u odontológico contaminado como, por ejemplo, por la reutilización de material desechable, o debido a los procedimientos de esterilización inadecuados que se aplican. El uso de sangre y productos sanguíneos que no han sido adecuadamente analizados puede también ser una fuente de VIH, hepatitis y otros virus transmitidos por la sangre. El personal médico debe asegurarse de aplicar prácticas sólidas para el uso del material médico y monitorear esto en forma periódica. Si fuese necesario, el personal médico debe abogar por un incremento en el financiamiento para asegurarse que las infecciones no sucedan a través de la provisión de servicios médicos.

¿Qué puede hacer el personal médico para reducir el riesgo de transmisión del VIH en las cárceles?

A menudo la prevención de la transmisión del VIH en las cárceles se ve dificultada porque las autoridades gubernamentales nacionales niegan la existencia del consumo de drogas inyectables y de prácticas sexuales sin protección en las cárceles. Por lo tanto, el reconocimiento oficial de la realidad en cuanto a los comportamientos de alto riesgo y la transmisión del VIH en las cárceles es un primer paso esencial para la sensibilización y la aplicación de respuestas efectivas.

El personal médico juega un papel fundamental en persuadir a los decisores sobre la necesidad absoluta de introducir en las cárceles los programas de prevención y tratamiento del VIH así como los de atención y apoyo. La necesidad surge del hecho de que los reclusos son parte integral de la comunidad y que la salud en las cárceles es parte de la salud pública. Existen pruebas firmes sobre lo que puede hacerse en las cárceles para reducir la tasa de transmisión del VIH, y cómo esto puede traducirse en una menor transmisión dentro de la comunidad en su conjunto. Debido a la necesidad de no interrumpir los tratamientos de VIH (así como de tuberculosis), cualquier terapia que se inicia en la comunidad debe continuar dentro de la cárcel y, a su vez, también luego de la liberación del recluso.

A fin de reducir la transmisión de VIH en las cárceles, el personal médico debe ser proactivo y trabajar junto con la administración penitenciaria pero también con el ministerio responsable de las cárceles, el ministerio de salud y otros ministerios y entes gubernamentales, en particular con el Programa o la Comisión Nacional del sida, y con organizaciones de la sociedad civil (lo que incluye los grupos de apoyo para las personas que viven con el VIH o el sida y los grupos que trabajan sobre el consumo de drogas, el VIH y las

enfermedades infecciosas en la comunidad). El comportamiento de alto riesgo se abordará mejor mediante la utilización de un enfoque abarcador que también se incorpore en una estrategia más amplia para la promoción de la salud en las cárceles. Por ejemplo, dado que la tuberculosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en personas que viven con el VIH o el sida, y que el VIH alimenta la tuberculosis, las actividades conjuntas sobre TB-VIH deben ser prioritarias para tratar ambas enfermedades.

Infórmese y capacítese con relación a las mejores prácticas

La gente recurrirá al personal médico en busca de asesoramiento y consejo respecto de temas sensibles tales como el VIH, el sexo en las cárceles, el consumo de drogas, etc. El personal médico así como demás personal penitenciario a menudo alberga temores y prejuicios sobre el VIH, el consumo de drogas y el sexo en las cárceles lo que puede evitar la introducción de medidas para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad y de medidas para mejorar las condiciones generales dentro de las cárceles. Ya que el personal médico es responsable de la salud en las cárceles debe informarse y capacitarse en cuanto a las últimas prácticas médicas para la prevención y el tratamiento del VIH. En particular, dicho personal debería familiarizarse con los hechos y las mejores prácticas para la aplicación de medidas de prevención en las cárceles. Es solamente a través de la educación del personal médico que pueden eliminarse dichas barreras.

Hay muchas maneras de mantener actualizados los conocimientos específicos sobre temas de salud. Asegurar la educación continua del personal médico, permitirá compartir estos conocimientos con otro personal penitenciario, diseñar y aplicar sesiones de información y formación para el personal penitenciario y los reclusos y, por ende, ayudar a crear conciencia entre todos aquellos que están reclusos o trabajan en las cárceles y así contribuir a eliminar las percepciones equivocadas y los prejuicios que rodean al VIH.

Además de leer publicaciones científicas, el personal médico puede obtener un acervo de información en Internet (suponiendo que se tiene un acceso bueno a la red). También este personal debe tomar conocimiento de las políticas, prácticas y estrategias de la Comisión Nacional del sida del país para poder introducir o actualizar esas políticas y prácticas en cada cárcel. Estas políticas nacionales deben seguir los lineamientos y las normas internacionales. Cuando fuese posible el personal médico debe participar en seminarios loca-



Si tiene acceso a Internet, consulte el curso virtual para los médicos que ejercen su profesión en las cárceles en <http://www.lupin-nma.net/>

Para obtener mayor información sobre la Salud en las Cárces en general y la prevención y tratamiento del VIH y la atención y el apoyo en este tema véase:

OMS (2007) *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521_1

OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). [Comprehensive review.] *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. En <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>.

les, nacionales y regionales sobre el tema donde se pueden compartir experiencias con otros profesionales de la salud. Al establecer las redes profesionales también se pueden organizar viajes de estudios para el personal médico y para la administración penitenciaria de las cárceles en los países vecinos donde se pueden observar las mejores prácticas en acción.

Contribución a las políticas y reglas carcelarias que respetan los derechos humanos y, en particular, el derecho a la salud

El personal sanitario puede jugar un papel central en alentar la introducción en las cárceles de los mismos niveles de servicios para la prevención y el tratamiento del VIH así como en la atención y el apoyo al tema que existen en la comunidad. Cualquier estrategia para abordar el VIH debe incorporarse en una estrategia más amplia de prevención y promoción de la salud en las cárceles, ya que la salud en las cárceles incorpora también cuestiones sobre las condiciones de detención, nutrición, higiene, ejercicio, actividades significativas, etc. así como programas que abordan las enfermedades específicas como la hepatitis, las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis. Por ejemplo, este personal debe considerar la forma de iniciar, aplicar y monitorear las actividades conjuntas de VIH-TB que apuntan a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo conjunto a ambas enfermedades.

Para poder incidir en la estrategia de salud en su cárcel, el personal sanitario deberá estar representado en el ámbito de las políticas dentro de la estructura carcelaria nacional así como deberá colaborar estrechamente con el ministerio de salud, para asegurar la inclusión de las cuestiones de salud en las políticas y reglamentaciones y en la elaboración de procedimientos operativos estándar para su ejecución en el ámbito carcelario. Debería buscarse un ente que represente al personal sanitario de las cárceles y preguntarle cómo abordan la cuestión en todos los niveles del sistema penitenciario —central, regional y local— desde las políticas a las prácticas. Si no existe ningún ente que represente específicamente a los médicos que ejercen su profesión en las cárceles, puede contactarse con la Asociación Médica Nacional o con la Asociación Médica Mundial que representa a muchas de las asociaciones médicas nacionales en el mundo (www.wma.net).

Estas medidas se basan en un enfoque de derechos humanos para la atención de la salud en las cárceles que deben reflejarse en las partes relevantes de las políticas, reglamentaciones y procedimientos operativos estándar en las cárceles. Un ejemplo es que la política carcelaria no debe permitir la segregación de los reclusos que son VIH positivos. No existe justificación alguna dentro de la salud pública para aislar a los reclusos que son VIH positivos y no sería ético promover o apoyar la segregación de las personas simplemente porque son VIH positivas. En algunos casos, el personal sanitario podrá promover medidas innovadoras que aún no se han introducido en la comunidad y de esta manera estar a la vanguardia de las medidas para reducir la propagación de VIH.

Brindar información y educación a los reclusos y al personal penitenciario

Habiéndose informado sobre la prevención del VIH, el personal sanitario está en una posición firme como para difundir información y brindar educación a todos los integrantes

de la comunidad carcelaria. Ello incluye otro personal sanitario, funcionarios/custodios de las cárceles, administradores penitenciarios y los reclusos. El objetivo es crear conciencia, prevenir la estigmatización y la discriminación y cambiar el comportamiento vinculado con el consumo de drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con la droga y la inyección de drogas, las infecciones de transmisión sexual, el tatuaje y *piercing* y las diversas formas de violencia en las cárceles, especialmente la violencia sexual.

El proceso de informar a los reclusos debería comenzar en el punto de recepción en la cárcel. Como parte de un examen de salud general en el momento del ingreso se le debe preguntar a los privados de libertad sobre la existencia de comportamientos de alto riesgo y, por ende, la posible exposición al VIH, y se le debe proporcionar información inicial clara y simple sobre los riesgos asociados con la infección por VIH en las cárceles.

Además de la información provista a los privados de libertad al ingresar, pueden utilizarse varios medios para seguir difundiendo información y también para formar en mayor detalle a los reclusos y al personal sobre cuestiones específicas. Esto podrá hacerse a través de la producción de folletos cortos, pósteres, videos o la divulgación de mensajes de radio (en aquellas instituciones que tienen radios en las cárceles), y aún a través de obras de teatro. Una de las formas más eficaces de brindarle información a los privados de libertad es a través de educadores de pares —otros reclusos que a su vez han recibido capacitación y a los que pueden ver con menos sospecha que al personal penitenciario.

En general el personal sanitario no deberá redactar y producir el material didáctico. En la mayoría de los países, la Institución o la Comisión Nacional del sida o las organizaciones de la sociedad civil ya habrán producido información o material didáctico en diferentes formatos. Algunos de los materiales quizás deban adaptarse a un entorno carcelario. Se le debe solicitar a estas organizaciones externas que concurren a las cárceles y que se encarguen de brindar directamente la información y capacitación y supervisen a los educadores de pares.

Una mejor comprensión del problema

Cuanto más conozca el personal sanitario la vida y las condiciones en la cárcel donde trabajan, mayor será su comprensión sobre la naturaleza y el nivel de riesgo que existe. Podrá así abordar la cuestión durante las consultas médicas confidenciales, por ejemplo, si un recluso se presenta con una cuestión que pueda relacionarse con el consumo de drogas, o si ha sido víctima de la violencia sexual. Pero no se puede contar con que los reclusos recurran al centro de salud. Si se realizan visitas a la cárcel para observar directamente o interactuar en la vida diaria de los privados de libertad, ello incrementará la confianza de los reclusos y además aumentará la comprensión sobre la naturaleza de la vida en las cárceles y cómo ello puede incrementar o alentar el comportamiento de alto riesgo. Por ejemplo, si se observa directamente la naturaleza del hacinamiento se podrá comprender mejor sus efectos.

Una actividad adicional que puede realizarse para entender mejor las percepciones y prácticas existentes en relación con los comportamientos de alto riesgo es realizar estudios anónimos sobre los conocimientos, las actitudes y el comportamiento tanto del per-

sonal penitenciario como de los reclusos. En general, dichos estudios abordan el alcance y la naturaleza del consumo de drogas (tipo de drogas usadas y cómo se usan), sexo en las cárceles (consensuado y/o forzado), tatuaje y *piercing* o prácticas en las que se comparte sangre, comprensión y malos entendidos en los modos de transmisión del VIH y la hepatitis, y las actitudes hacia las personas que viven con el VIH o el sida. En algunas cárceles estos tipos de estudios se han realizado en conjunción con análisis voluntarios y anónimos de VIH, hepatitis B y hepatitis C.

Habitualmente son organizaciones independientes con conocimientos especializados en este campo quienes realizan dichos estudios, asegurando la verdadera independencia de estos estudios en relación con la administración de la cárcel y, por ende, su mayor confidencialidad. Obviamente para el éxito del estudio, es esencial explicarle a los reclusos y al personal cuál es la naturaleza del estudio y, en especial, el carácter anónimo de los resultados.

Asesoramiento y análisis de VIH en forma voluntaria

Los privados de libertad que quieren conocer su condición frente al VIH se acercarán a los proveedores de atención médica. La Organización Mundial de la Salud ha establecido claramente que no se debe obligar a los internos a hacerse el análisis de VIH ya que ello no es ético ni tampoco eficaz.

El servicio médico de la cárcel debería ofrecer asesoramiento y análisis voluntarios de VIH para todos los reclusos cuando se les realiza el examen médico al momento de ingresar. Además, como el ingreso resulta una situación de estrés y muchos reclusos quizás no quieran realizarse un análisis de VIH en ese momento, debe ofrecérseles esa posibilidad a los privados de libertad en cualquier otro momento durante su período de reclusión. Durante las sesiones de educación sobre VIH y durante las consultas de los privados de libertad al servicio médico, se les debe recordar en forma periódica que hay asesoramiento y análisis de VIH a su disposición y alentarlos a efectuarse ese análisis. Deben realizarse todos los esfuerzos por ofrecer asesoramiento y análisis de VIH a los pacientes con tuberculosis.

Muchos de los beneficios del análisis de VIH dependen de o aumentan con el asesoramiento anterior y posterior. Los reclusos que resultan ser VIH positivos deben recibir asesoramiento y derivación para su tratamiento, atención y apoyo. Durante el asesoramiento post análisis se puede también entregar importante información sobre la salud y la reducción del riesgo a la mayoría de los reclusos que tendrán acceso al análisis que les dará negativo. La información de que un privado de libertad es VIH positivo puede conducir a varias formas de discriminación y violencia física y psicológica. Por lo tanto, como con cualquier información médica personal, los resultados de los análisis de VIH deben ser confidenciales.

El asesoramiento y análisis sobre VIH deben estar estrechamente vinculados con el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo para los VIH positivos, y el personal sanitario debe asegurarse que dicho apoyo se encuentre a disposición de los reclusos y debe dar horarios de consulta para que se materialice esta asistencia.

Recuadro 36: ¿De qué se trata el asesoramiento?

El asesoramiento se da en sesiones confidenciales interactivas y de colaboración entre una persona y un auxiliar de la salud. El objetivo de estas sesiones es permitirle al personal o a los reclusos manejar el estrés y tomar decisiones personales sobre el VIH. El proceso de asesoramiento abordará cuestiones tales como el riesgo personal de la transmisión del VIH, la facilitación de comportamientos preventivos y la evaluación de un mecanismo de aceptación si uno se enfrentara con un resultado positivo. El asesoramiento se da antes y después de realizado el análisis e independientemente del resultado. Debe ponerse a disposición del personal y de los reclusos un apoyo y asesoramiento continuos.

Suministro de preservativos y prevención de la violación, la violencia sexual y la coerción

Muchos sistemas carcelarios en diferentes partes del mundo, incluyendo Europa, Canadá, Australia, algunas cárceles en los Estados Unidos, en partes de Europa Oriental y Asia Central, Brasil, Sudáfrica, Irán e Indonesia entregan preservativos a los reclusos (junto con lubricantes que reducen el riesgo de que se rompa el profiláctico, especialmente en el coito anal).

El suministro de preservativos en las cárceles se enfrenta con muchos tabúes en torno al sexo de hombres con hombres y desafía directamente la visión común del control asociado con la vida en las cárceles. En algunos entornos carcelarios, el personal penitenciario se ha opuesto a la distribución de preservativos, aduciendo inquietudes relacionadas con la seguridad y oposición al sexo entre hombres. Algunos han argumentado que el suministro de preservativos llevará a un incremento en la actividad sexual entre privados de libertad, o que los profilácticos se utilizarán para ocultar droga.

Sin embargo, estos temores han resultado infundados. La experiencia de muchos países en los que se han provisto preservativos en las cárceles ha demostrado que se pueden distribuir profilácticos en una amplia gama de entornos carcelarios —incluidos los países donde se penaliza el acto homosexual— sin provocar problemas de seguridad u otras consecuencias negativas importantes. En particular se halló que, una vez que se introduce el acceso a los preservativos, éste no representa una amenaza para la seguridad o las operaciones ni conduce a un incremento en la actividad sexual, y es aceptado por la mayoría de los reclusos y del personal penitenciario. Habitualmente el apoyo hacia la provisión de preservativos aumenta una vez iniciado el programa de profilácticos.

Habitualmente el personal médico tendrá la responsabilidad de gestionar el programa de preservativos y debe asegurarse de que siempre haya a disposición, tanto profilácticos como lubricante. Es necesario que el acceso a los profilácticos sea fácil y discreto, colocándolos idealmente en zonas tales como los sanitarios, las duchas, salas de espera, talleres o salas de día donde los reclusos pueden retirar los profilácticos sin ser vistos por otros reclusos o por el personal penitenciario. La distribución puede hacerse a través de los servicios médicos (ya sea directamente por este personal o libremente en la clínica médica), a través de máquinas expendedoras, de privados de libertad capacitados

(pares), organizaciones de la sociedad civil que tienen acceso a las cárceles o en forma combinada. Cada cárcel determinará cuál es la mejor manera de poner los preservativos a disposición de los internos, a fin de asegurar un acceso fácil y discreto. Los reclusos no deberían tener que pedir los preservativos al personal ya que pocos lo harían pues no quieren revelar que tienen sexo homosexual en la cárcel.

Si bien la entrega de preservativos es importante, no alcanza para abordar el riesgo de la transmisión sexual de VIH. La prevención del VIH también depende de las medidas que se tomen para evitar las violaciones, la violencia sexual y la coerción en las cárceles. Todo el personal carcelario tiene un rol que jugar para combatir el comportamiento sexual agresivo. El personal sanitario debe denunciar ante las autoridades penitenciarias cuando toma conocimiento de este tipo de comportamiento.

Tratamiento de la drogodependencia

Una de las maneras de reducir la transmisión de VIH que se produce por compartir elementos de inyección es reducir el consumo de drogas inyectables. Esto puede lograrse mediante la provisión de programas de tratamiento contra la drogodependencia en las cárceles. Hay dos formatos principales para este tratamiento:

- Tratamiento basado en la abstinencia donde se supone que los reclusos habrán de abstenerse totalmente del consumo de drogas; y
- La terapia de sustitución de los opiáceos que incluye la receta de drogas que tienen un efecto similar a los opiáceos ilegales pero con un menor grado de riesgo (dado que la dosis se controla estrictamente y la droga no se administra en forma parenteral).

Terapia de sustitución de los opiáceos

Todas las formas de tratamiento de la drogodependencia tienen algún impacto sobre el riesgo de transmisión del VIH, pero son los programas de terapia de sustitución de los opiáceos (TSO) los que tienen el mayor potencial para reducir el consumo de drogas inyectables y el riesgo resultante de propagación de la infección.

Algunos también se oponen a la TSO por razones morales y argumentan que es meramente un reemplazo de una droga que crea dependencia por otra. De todos modos, las evaluaciones de los programas TSO en las cárceles han demostrado claramente sus beneficios. Los estudios muestran que, si la dosis es adecuada (al menos 60 mg de metadona) y el tratamiento se aplica durante todo el período de permanencia en la cárcel, dichos programas reducen la inyección de drogas y las agujas compartidas y la resultante propagación de VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre. Además, tienen otros beneficios valiosos tanto para la salud de los reclusos que participan en los programas como para el personal penitenciario y la comunidad. Por ejemplo:

- La terapia de sustitución tiene un efecto positivo sobre el comportamiento institucional ya que reduce aquellos comportamientos que se dan en busca de droga y, por ende, mejora la seguridad en las cárceles;

- Es menos probable la reincidencia y el regreso a la cárcel entre los reclusos que reciben TSO;
- Aunque el personal penitenciario a menudo plantea inquietudes sobre la seguridad, el comportamiento violento y el desvío en el uso de la metadona, estos problemas ya no surgen una vez que se aplica el programa de TSO;
- Tanto los reclusos como el personal penitenciario informan sobre el impacto positivo de la TSO sobre la vida en las cárceles;
- El personal sanitario informa que el suministro en forma periódica de la TSO es otra oportunidad más para que dicho personal pueda abordar otros problemas de salud en las cárceles y transmitir información adicional sobre la salud a los privados de libertad.

En general es el personal sanitario o los servicios médicos quienes administran la terapia de sustitución de opiáceos, ya que es una intervención relacionada con la salud. Deben establecerse los procedimientos que van desde la elegibilidad a recibir dicho tratamiento hasta dónde se guardará y cómo se administrará el tratamiento y las sanciones disciplinarias en el caso de que se violen las reglas.



Corrections Victoria (2003). Victorian Prison Opioid Substitution Therapy Program: clinical and operational policy and procedures. Disponible a través de www.legalonline.vic.gov.au/CA2569020010C266/All/5DED7F4C63FC14F8CA256E530082DE2C?OpenDocument&1=Legal+System~&2=Prisons~&3=Opioid+Substitution+Therapy+Program~. Este es un documento excelente que contiene políticas y procedimientos que proporcionan un marco para manejar los tratamientos de sustitución.

Corrections Service Canada (2003). Specific guidelines for methadone maintenance treatment. Ottawa: CSC. En www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/methadone/index_e.shtml. Estos lineamientos proporcionan los antecedentes generales sobre reclusos y el consumo de drogas, y contienen una sección que detalla las metas y los objetivos del tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM), los criterios de admisión y el aseguramiento de la calidad para el TMM, y el rol del equipo de intervención con metadona; una sección sobre las responsabilidades de cada uno de los integrantes de este equipo; una sección sobre cuestiones relacionadas con la dosis; otra sobre análisis de orina para detectar droga; una sección sobre el tratamiento de la drogodependencia que acompaña al TMM; y una serie de anexos.

A Kastelic. Substitution treatment in prisons. En: *Promoting health in prisons – The essentials. A WHO guide*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 2006.

OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers*. En http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_drug_treatment_df.pdf.

Otras formas de tratamiento de la drogodependencia

Otras formas de tratamiento de la drogodependencia en las cárceles suelen ser menos controvertidas que la terapia de sustitución de opiáceos pero existe poca información sobre su efectividad como estrategia de prevención del VIH. Esto no es sorprendente ya que no se introdujeron en las cárceles con el objetivo de prevenir el VIH — a diferencia de la TSO que es cada vez más común en las penitenciarias, al menos en parte, por su potencial de reducir el consumo de drogas inyectables y el riesgo resultante de propagación de infecciones.

Sin embargo, además del tratamiento de sustitución, es importante la aplicación de programas basados en la abstinencia. Un tratamiento de buena calidad, adecuado y accesible puede mejorar la seguridad en las cárceles así como el funcionamiento en el ámbito social y de salud de los privados de libertad, y puede reducir la reincidencia siempre que se incluya un tratamiento permanente, apoyo, atención con posterioridad a la liberación y que éste satisfaga las necesidades individuales de los reclusos.

Aún en aquellos sistemas penitenciarios que cuentan con grandes recursos, el tratamiento contra la drogodependencia alcanza solamente a una proporción relativamente pequeña de aquellos que lo necesitan y no siempre es eficaz. Por eso también deben aplicarse medidas de prevención del VIH —incluidos los programas de agujas y jeringas.

Programas para el suministro de cloro y otros desinfectantes y de agujas y jeringas

Muchos sistemas carcelarios han aprobado programas sobre la provisión de desinfectantes así como instrucciones sobre la manera de desinfectar los elementos antes de su reutilización por los reclusos que se inyectan droga. Las evaluaciones de dichos programas han demostrado que la distribución de cloro no compromete la seguridad. Sin embargo, los estudios en la comunidad han planteado dudas sobre la efectividad del cloro para esterilizar los elementos de inyección. La desinfección con cloro en particular presenta un beneficio limitado para evitar la transmisión del virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables. En las cárceles, la efectividad del cloro como desinfectante puede reducirse aún más. Por lo tanto, deben existir en las cárceles los programas para el suministro de cloro pero solamente como una estrategia secundaria de los programas de provisión de agujas y jeringas. Cuando se instrumentan programas de suministro de cloro, debe ponerse a disposición de los reclusos un cloro concentrado de uso doméstico al que deben poder acceder en forma fácil y discreta en varias ubicaciones dentro de la cárcel, junto con información y material didáctico sobre la manera de limpiar los elementos de inyección e información sobre la eficacia limitada del cloro como desinfectante para inactivar el VIH y especialmente el VHC.

Dada la limitada eficacia del cloro, cada vez más cárceles proveen agujas y jeringas a los reclusos que usan drogas inyectables. Los programas de suministro de agujas y jeringas para las personas que usan drogas en la comunidad han existido ya durante muchos años, como parte de la ayuda provista a la prevención de VIH, y se ha demostrado que reducen la propagación de VIH. El principio de equivalencia de la atención médica en las cárceles establece que en las penitenciarías debe brindarse el mismo nivel de protección que se le otorga a la comunidad. Al ingresar a una cárcel, una persona que usa drogas

inyectables no debe perder el acceso a una medida de prevención que puede posiblemente salvarle la vida.

Los programas de agujas y jeringas se han aplicado tanto en cárceles de hombres como de mujeres, en instituciones de diferentes tamaños, dentro de los sistemas civiles y militares, en instituciones que albergan reclusos en celdas individuales y en aquellas que colocan a los privados de libertad en barracas, en instituciones con diferentes clasificaciones en cuanto a su seguridad y con diversas formas de detención (preventiva y con sentencia, régimen abierto o cerrado).

Se han utilizado varios modelos para distribuir los elementos de inyección esterilizados, lo que incluye las máquinas expendedoras, distribución en mano por parte de los médicos de la cárcel, otro personal sanitario o los asesores en materia de drogas, por trabajadores de la salud pertenecientes a la comunidad exterior y distribución por parte de los reclusos capacitados quienes actúan como trabajadores sociales entre sus pares.

Quizás la distribución de agujas y jeringas a los reclusos sea la medida preventiva del VIH más controvertida en las cárceles. Muchas veces el personal penitenciario se ha opuesto a esta medida diciendo que las agujas podrían utilizarse como armas en contra del personal y/o de los otros reclusos y que su provisión equivaldría a condonar el uso de drogas por parte de los privados de libertad y a abandonar los esfuerzos por evitar el ingreso de drogas en las cárceles.

Sin embargo, la experiencia de muchas cárceles en las que se han aplicado los programas ha sido positiva, no solamente para los reclusos sino para el personal penitenciario también.

- Los programas de suministro de agujas y jeringas en las cárceles son eficaces a la hora de reducir las agujas compartidas y la resultante infección por VIH.
- Los programas han tenido otros beneficios como, por ejemplo, una reducción en la cantidad de abscesos, flebitis, endocarditis, etc. debido a la inyección. En una cárcel se observó también una disminución de los incidentes por sobredosis y de fallecimientos. Una de las razones mencionadas es que la ejecución del programa de intercambio de agujas y la adopción de una filosofía de reducción del daño dentro de las cárceles, ha cambiado de un modo fundamental la manera en que el personal sanitario y los trabajadores sociales han podido brindar asesoramiento y apoyo a los reclusos. Pudieron mantener conversaciones honestas sobre el comportamiento riesgoso y el peligro de la sobredosis en un clima en el que los reclusos no debieron escuchar sanciones por admitir su consumo de droga.
- Los programas de suministro de agujas y jeringas no socavan los programas basados en la abstinencia. Las drogas siguen estando prohibidas en las cárceles que aplican estos programas. El personal de seguridad tiene todavía la responsabilidad de ubicar y confiscar las drogas ilegales. Sin embargo, se reconoce que si las drogas logran entrar a las cárceles y son consumidas por los reclusos, la prioridad debe ser evitar la transmisión de VIH y VHC que se da a través de prácticas de inyección no seguras. Por lo tanto, mientras las drogas siguen siendo ilegales, no

lo son las agujas que son parte de un programa oficial de agujas y jeringas. Las evaluaciones han demostrado que los programas de agujas y jeringas en las cárceles en realidad facilitan la derivación de quienes consumen drogas hacia los programas de tratamiento de la drogodependencia y han aumentado el número de privados de libertad que tienen acceso a dichos programas.

- Los programas de agujas y jeringas han puesto en contacto a los usuarios de droga con el personal médico y con los educadores de pares, permitiendo así educarlos e informarlos sobre otros aspectos del VIH, VHC y otras infecciones.
- Desde que se inició el primer programa en 1992 no hubo informes respecto de jeringas que se hayan utilizado como arma en ninguna prisión que tiene un programa de esta índole en funcionamiento. De hecho, hay informes que dan cuenta de un aumento en la seguridad del personal en las cárceles que aplican estos programas de agujas y jeringas, ya que se han reducido las lesiones accidentales del personal a causa de jeringas ocultas y que aparecen durante las requisas en las celdas. La disminución de las posibilidades de lesiones se debe al hecho de que se permite a los reclusos almacenar los elementos de inyección en un área en particular y, por ende, no los esconden, reduciendo así el riesgo de que el personal se lastime con una pinchadura de aguja durante una requisa. El personal también ha informado que la introducción de los programas de agujas y jeringas facilita el control de los elementos de inyección.
- La disponibilidad de jeringas no conlleva a un mayor número de usuarios de drogas inyectables ni tampoco a un incremento en el consumo general de drogas, o a un aumento de la cantidad de droga en las instituciones. En algunas cárceles, las evaluaciones comprobaron que había disminuido el consumo de drogas en general o el uso de las inyectables en particular.
- Antes de la ejecución de estos programas, muchas veces se debía convencer al personal penitenciario para que acepte o al menos tolere los programas de agujas y jeringas. Sin embargo, una vez instituidos, aumentaba el nivel de aceptación que generalmente era elevado entre el personal, así como entre los reclusos que consumen y los que no consumen drogas. La actitud del personal hacia los programas fue menos positiva en aquellas cárceles en las que los reclusos experimentaban

Recuadro 37: Suiza: Personal médico inicia primer programa de agujas y jeringas

El primer programa de agujas y jeringas en las cárceles comenzó como un acto de "desobediencia médica". En Suiza se proveyeron elementos de inyección esterilizados en las cárceles por primera vez en 1992, en la cárcel de hombres de Oberschöngrün. El Dr. Probst, un funcionario médico que trabajaba a tiempo parcial en Oberschöngrün se enfrentó con el dilema ético de encontrar que 15 de los 70 reclusos se inyectaban drogas en forma periódica, sin tomar una medida de prevención adecuada. Probst comenzó a distribuir elementos de inyección esterilizados sin informar al director de la penitenciaría. Cuando el director lo descubrió, en lugar de echar a Probst, decidió escuchar sus argumentos y luego buscó aprobación para poder sancionar la distribución de agujas y jeringas.

problemas de acceso a las jeringas y/o donde no confiaban en poder obtenerlas sin sufrir consecuencias negativas, lo que lleva a un comercio ilegal de jeringas en las cárceles y, en general, reduce los beneficios del programa.

- El apoyo de los reclusos y del personal penitenciario es importante y, tanto los privados de libertad como el personal, deben recibir información y capacitación sobre el programa y sobre los beneficios que se esperan de él así como participar en su diseño y ejecución.

A menudo el personal médico ha resultado una pieza decisiva para el inicio y la ejecución de los programas de agujas y jeringas en las cárceles.

Recuadro 38: Moldova: El personal médico supervisa el programa de agujas y jeringas encabezado por los pares de los reclusos

En Moldova el programa de agujas y jeringas en las cárceles evolucionó a través de dos etapas. Durante la Etapa 1 las agujas y jeringas se distribuyeron en mano a los reclusos a través de la unidad médica de la penitenciaría. Durante los cuatro o cinco meses que duró este sistema de distribución, se intercambiaron entre 40 y 50 agujas y jeringas. Sin embargo, el equipo del proyecto decidió que este método de distribución no resultaba satisfactorio. Su mayor preocupación era que solamente entre el 25 y 30 por ciento de los reclusos que se sabía consumían drogas inyectables tenía acceso al programa. Se identificaron una serie de barreras entre las que se incluía la dificultad de establecer un vínculo entre el personal médico y los reclusos que se inyectaban, una falta de anonimato y de confidencialidad en el servicio y el hecho de poder intercambiar agujas solamente durante las horas de trabajo de la oficina. Por lo tanto, en una segunda etapa del programa, se brindó capacitación a ocho voluntarios entre los reclusos para que se ocuparan de brindar servicios de reducción del daño en cuatro sitios diferentes de la cárcel. Se asignó a dos de los voluntarios para que trabajen en cada sitio durante las 24 horas del día ya que estos sitios se encontraban en las habitaciones de la cárcel. Se llevaron a cabo las actividades y los programas en colaboración con el médico de la cárcel. En los primeros nueve meses de 2002, entre el 65 y 70 por ciento de los reclusos que se sabía eran consumidores de droga tuvieron acceso al programa, a través de los voluntarios seleccionados entre sus pares. El personal médico siguió participando en el programa pero solamente para supervisarlos.



Para obtener un plan detallado y los lineamientos utilizados para la ejecución de los programas de agujas y jeringas, véase: Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo (2003). *Intercambio de Jeringuillas y Agujas en el medio penitenciario. Programa Marco*. Madrid: Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo. Es una publicación esencial para cualquiera que desee ver cómo puede establecerse un programa exitoso en una penitenciaría. Disponible en español, inglés y francés. Otro documento menos abarcador sobre los mismos temas es el titulado "Elementos clave para la implantación de Programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisión" que se puede ver en <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevenccion/progInterJeringuillas/PIJPrisiones/elemClavePIJIng.htm>

OMS, ONUDD, ONUSIDA (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Evidence for Action Technical Papers*. En <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html> o en <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>.

Actividades conjuntas VIH-TB

La tuberculosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con VIH. La detección y el tratamiento de la tuberculosis es una de las medidas importantes para abordar la epidemia de VIH. Ya que las tasas de prevalencia suelen ser varias veces superiores en la cárcel que en la comunidad, el riesgo de tuberculosis en las penitenciarías también se multiplica. Una mayor detección de la tuberculosis entre los reclusos servirá para tratar una de las infecciones más comunes entre las personas que viven con VIH y, si fuese necesario, administrar tratamiento preventivo a los pacientes VIH positivos. En los casos de las personas que viven con VIH en las que se ha descartado la presencia de una tuberculosis activa, debe considerarse la posibilidad de administrar una Terapia Preventiva con Isoniasida (TPI) que puede reducir la progresión hacia una tuberculosis activa.

La mayor probabilidad de que exista una comorbilidad por VIH y TB en las cárceles significa que es esencial contar con un modelo de atención conjunta para ambas enfermedades que debe combinarse con un enfoque abarcador en los servicios de salud. Debe prestarse especial atención a la provisión de estos servicios conjuntos a los consumidores de drogas que corren un mayor riesgo de sufrir ambas enfermedades. La OMS recomienda entes de coordinación nacionales y locales para planificar, aplicar y monitorear las actividades conjuntas y, además, considera que es esencial que las administraciones penitenciarias y los servicios de salud de las cárceles se encuentren representados en estos entes para asegurar una adecuada integración del programa nacional de control de la tuberculosis y del programa nacional de VIH/Sida en entornos carcelarios. Un enfoque conjunto ayudará a reducir la propagación de tuberculosis y VIH tanto en las penitenciarías como en la comunidad en general.



Para obtener información abarcadora sobre el control de la tuberculosis en las cárceles, véase:

Organización Mundial de la Salud y Comité Internacional de la Cruz Roja (2001). *El Control de la Tuberculosis en Prisiones: Manual para Directores de Programa*. Versiones en inglés, español y ruso en <http://www.who.int/docstore/gtb/publications/prisonsNTP/>

J. Veen. *Tuberculosis control in prisons*. En: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2007). *Health in Prisons – A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*.

OMS (2007) *Status Paper on Prisons and Tuberculosis*. <http://www.euro.who.int/Document/E89906.pdf>

A fin de obtener información sobre el programa aplicado en las cárceles de Siberia para tratar la tuberculosis multi resistente, véase: http://www.phri.org/programs/program_russianTB.asp

OMS. (A publicarse en 2008) *Providing Comprehensive TB and HIV Prevention, Treatment and Care Services for Injecting Drug Users – A collaborative Approach*.

OMS. *Política interina sobre actividades colaborativas TB/VIH* (2004). Disponible en inglés, francés, ruso y español en http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/.

Mientras la segregación de reclusos VIH positivos no tiene justificación alguna desde el punto de vista de la salud pública, y no debería considerarse esta posibilidad, es importante aislar aquellos casos de tuberculosis activa hasta que se tornen no infecciosos luego de la fase de tratamiento inicial, ya que pueden llegar a transmitir la infección a cualquiera en la cárcel, incluido el personal penitenciario.

Para obtener mayores detalles sobre la ejecución conjunta de actividades de VIH-TB, refiérase a las políticas y los lineamientos de la OMS y consulte con las secciones correspondientes del Ministerio de Salud.

Vacuna contra la hepatitis B

La hepatitis B se propaga fácilmente en las cárceles. A diferencia del VIH, el riesgo de infección puede reducirse a través de la administración de una vacuna. Algunos sistemas carcelarios ya administran la vacuna contra la hepatitis B a todos los reclusos y al personal penitenciario. Si se encuentra disponible en la cárcel, el personal sanitario debe alentar a todos los privados de libertad y al personal del establecimiento penitenciario a vacunarse. Si no hubiera esta vacuna, el personal médico debe informar a la gerencia de la cárcel sobre los beneficios de poner esta vacuna a disposición de todos. Además, debería considerarse la posibilidad de ofrecer la vacuna de la hepatitis A para aquellos reclusos que corren algún riesgo.

Prevención de la hepatitis C

Además de contribuir a reducir el riesgo de transmisión del VIH en las cárceles, la mayoría de las medidas descritas más arriba también contribuyen a reducir el riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C (VHC). Sin embargo, tal como se explicó antes en el Recuadro 5, el VHC se propaga mucho más fácilmente que el VIH, inclusive a través de las afeitadoras y cepillos de dientes compartidos, así como a través del tatuaje y el *piercing*. Es, por ende, importante que todos los privados de libertad y el personal reciba información sobre los riesgos de transmisión del VHC en las cárceles y que se los capacite sobre las formas de reducir el riesgo. Además, se debe suministrar afeitadoras y cepillos de dientes a los reclusos para que no deban compartirlos con otros reclusos. Las cárceles deben considerar la ejecución de medidas para reducir la propagación del VHC a través del tatuaje y del *piercing*, por ejemplo, proveyendo a los privados de libertad elementos de tatuaje esterilizados.

Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Es importante lograr una detección y tratamiento tempranos de las infecciones de transmisión sexual (ETS) pues éstas aumentan las posibilidades de que un individuo transmita y contraiga VIH. Las ETS que alteran la integridad de la piel o de las membranas mucosas aumentan la susceptibilidad y la posibilidad de infección por VIH. Por ello, el personal sanitario debe examinar a los individuos en busca de ETS y ofrecerles tratamiento, así como educar a los reclusos sobre la importancia de prevenir y tratar las ETS.

Cuestiones prácticas para el personal sanitario en las cárceles

Gestión general de la salud

Tal como se describe en las secciones anteriores, la prevención de la infección por VIH y el tratamiento y apoyo a las personas que viven con VIH en las cárceles deben integrarse dentro de una estrategia abarcadora de salud en las cárceles, aunque se requieren acciones específicas como, por ejemplo, medidas preventivas del VIH. Una estrategia sanitaria en las cárceles no sólo abarca el diagnóstico y el manejo de la enfermedad sino también la prevención y promoción de la salud.

Examen médico inicial

Es especialmente importante identificar los reclusos que pueden sufrir abstinencia de drogas o alcohol al ingresar a la penitenciaría. También lo es identificar a los privados de libertad con alternaciones mentales, ya que es posible que sea necesario derivarlos a los servicios de salud mental para su tratamiento en lugar de recluirlos en una cárcel. Por otro lado, debe prestarse atención a aquellos grupos de reclusos que pueden correr el riesgo de auto-infligirse daños o de suicidarse como, por ejemplo, quien ha cometido un delito por primera vez o los hombres y mujeres jóvenes.

Acceso a los servicios médicos

Se le debe informar a los reclusos la forma en que pueden acceder a los servicios de salud de la cárcel y la naturaleza confidencial de cualquier consulta o historia clínica para así aumentar la confianza del privado de libertad. Si existen programas de educación de pares en la cárcel, se debe brindar al recluso la información básica para acceder al programa.

En general, los reclusos tienen derecho a servicios médicos gratuitos ya que, mientras permanecen en la cárcel, no tienen ingresos y dependen del servicio penitenciario para su existencia diaria. Los servicios médicos deben ser de un nivel equivalente a los que se brindan en la comunidad e incluir atención médica, psiquiátrica/psicológica y odontológica. Esto no quiere decir que la cárcel debe contar con todos estos servicios en forma permanente in situ sino que se debe establecer una colaboración y vínculos formales a través de los cuales los reclusos tendrán acceso al personal médico que corresponda, incluidos los especialistas e internación en algunos hospitales o clínicas de la comunidad. Los vínculos con los servicios médicos de la comunidad también habrán de asegurar que haya apoyo para el personal sanitario de las cárceles y que exista una formación médica constante para asegurar el mantenimiento de las normas profesionales y los tratamientos nuevos. Es decisivo que las inquietudes legítimas de seguridad que sostienen las administraciones carcelarias no impidan el acceso de los reclusos a las instalaciones sanitarias externas, que deben coordinar con cárcel establecimiento penitenciario el tema del transporte seguro y tratamiento del recluso.

Atención médica versus seguridad

El tratamiento médico de los reclusos dentro de parámetros éticos establece que la atención de los reclusos debe ser la preocupación primaria de los proveedores de atención

médica. Los proveedores de estos servicios en las cárceles tienen las mismas obligaciones y responsabilidades que los proveedores en la comunidad. Sin embargo, debido a la naturaleza de su trabajo en las cárceles y al hecho de ser empleado por el servicio penitenciario, pueden existir contradicciones entre las necesidades de salud de un recluso y las cuestiones de seguridad de la administración penitenciaria. Esto a veces se denomina “doble lealtad” cuando los proveedores de servicios médicos tienen obligaciones con el paciente y con una tercera parte, que puede ser el estado o una penitenciaría, la policía o algún servicio militar. Los proveedores de servicios de salud no deben subordinar su opinión médica a las cuestiones de seguridad sino retener su posibilidad de emitir una opinión clínica independiente. Por ejemplo, mantener a los pacientes esposados durante una consulta médica claramente puede interferir con el tratamiento y con la confianza del recluso. En realidad deberían vigilarse las instalaciones o el consultorio a una distancia prudente en lugar de esposar al paciente.

Terapia antirretroviral y otros tratamientos para los reclusos con el VIH o el sida

El advenimiento de una terapia antirretroviral (ARV) para los que viven con VIH significa que el VIH es ahora manejable para aquellos que reciben medicación. Es una terapia cada vez más asequible y accesible. La Organización Mundial de la Salud y otros organismos han impulsado una iniciativa para distribuir ARV a la mayor cantidad de pacientes posible, especialmente en aquellos países que no cuentan con muchos recursos y donde la prevalencia de VIH es elevada. En la Cumbre Mundial de 2005 y en la Reunión de Alto Nivel sobre el sida, los dirigentes del mundo se comprometieron a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr el objetivo del acceso universal para 2010 a programas abarcadores de prevención de VIH, así como a tratamiento, atención y apoyo. Para respaldar esto, se han provisto recursos adicionales para financiar una respuesta más amplia, a través del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, entre otros.

Gracias a estas iniciativas, la terapia antirretroviral está cada vez más disponible en los países en desarrollo y con economías en transición mientras las naciones se dirigen hacia el objetivo de acceso universal al tratamiento para 2010. Por lo tanto, será decisivo poder asegurar que el tratamiento también llegue a todos los reclusos que lo necesitan.

Como las cárceles deben proporcionar un tratamiento estándar equivalente a lo que se brinda afuera, las cárceles deben estar dispuestas a administrarle antirretrovirales a los reclusos con VIH cuando aparece este tratamiento en la comunidad, lo que incluye la posibilidad de tratamiento sin interrupción ante el arresto, asegurándose que el tratamiento pueda continuar también ininterrumpidamente después de la liberación. Tal como se ha detallado en las secciones anteriores, como el riesgo de la propagación del VIH es muy superior en las cárceles, el control de la infección en estos lugares —que puede incluir la terapia ARV— es parte integral del control en la comunidad. Esto es especialmente cierto para aquellos privados de libertad que ya han comenzado con los ARV en la comunidad y para quienes se interrumpiría el tratamiento al ingresar en la cárcel, o al ser liberados. La continuación del tratamiento con ARV es un punto crucial ya que aún una interrupción breve del tratamiento, puede llevar a una resistencia del VIH a las drogas administradas.

La administración de ARV en entornos carcelarios es todo un desafío, pero la experiencia en un número creciente de países demuestra que puede aplicarse y con buenos resultados, siempre que se planifique bien y se realice como parte de los esfuerzos generales del país por escalar el tratamiento, integrándolo con el tratamiento brindado en el exterior de las cárceles y con la ayuda adecuada de recursos y personal. Deben considerarse las siguientes cuestiones:

- El personal sanitario deberá recibir capacitación en la gestión abarcadora del VIH y el sida, lo que incluye la provisión de terapia antirretroviral.
- Se deberán establecer alianzas o firmar acuerdos con clínicas externas, locales o regionales, así como con hospitales, universidades y organizaciones de la sociedad civil (incluidas las organizaciones de personas que viven con VIH) para brindar la terapia antirretroviral y otros servicios para los reclusos. Además puede resultar útil el desarrollo de programas de tratamiento integrales en lugar de parciales. Idealmente, durante su reclusión, los privados de libertad deberían poder acceder a la medicación a través de los servicios de salud pública. Son también importantes los vínculos con los servicios de salud comunitarios a fin de obtener asesoramiento especializado sobre los tratamientos y el manejo de los efectos secundarios y para asegurar una atención y apoyo continuos cuando se libera al individuo.
- Todos los privados de libertad elegibles para la terapia antirretroviral y el tratamiento de las infecciones oportunistas, deben recibir información y educación sobre el acceso al tratamiento.
- Al admitirlos en la cárcel, el personal médico debe determinar si los reclusos (incluyendo aquellos con presión preventiva) requieren tratamiento de cualquier enfermedad relacionada con el VIH o el sida o una infección oportunista como la tuberculosis. Si fuese necesario habría que derivarlos como corresponda.
- Se deben realizar sesiones y campañas de difusión del tratamiento para que la gente entienda mejor cuáles son los beneficios (y las limitaciones) del tratamiento.
- Se deben establecer medidas para facilitar adhesión al tratamiento.
- El programa de tratamiento debe contener un sistema amplio de planificación de las altas para los reclusos que se acercan a su fecha de liberación, incluido un sistema de derivación para que reciba tratamiento en la comunidad.
- Los lineamientos para la administración de ARV en las cárceles deben ser iguales a los lineamientos nacionales que rigen fuera de los establecimientos penitenciarios.
- Para los casos de comorbilidad por VIH y Tuberculosis, debe prestarse atención a las potenciales interacciones entre algunos ARV y las drogas para tratar la tuberculosis.
- Debe asegurarse la confidencialidad sobre la condición de VIH positivo de los reclusos y su régimen de tratamiento. Esto significa, por ejemplo, que no deben colocarse marcas o señales especiales en las historias clínicas, alimentos o celdas de los reclusos que son VIH positivos.

- El personal médico de la cárcel debe prestar especial atención a la parte práctica de administrar las drogas a diario y monitorear los efectos secundarios dado que esto puede identificar fácilmente a los reclusos como individuos VIH positivos.

Hasta que haya terapia ARV en su cárcel, el tratamiento recomendado para individuos VIH positivos es un “manejo sintomático” de la enfermedad. Esto generalmente requiere tratamiento y prevención de las infecciones oportunistas más comunes asociadas con el VIH. Debe seguirse la recomendación de la OMS y de ONUSIDA de administrar una terapia preventiva con cotrimoxasole (TPC) para evitar la presencia de bacterias oportunistas e infecciones parasitarias.

En el caso de pacientes VIH positivos con una infección de *Mycobacterium tuberculosis* latente, la OMS recomienda la utilización de una Terapia Preventiva con Isoniasida (TPI) para evitar la progresión activa de la tuberculosis. Sin embargo, antes de poder comenzar con la TPI, debe descartarse la presencia de tuberculosis activa, ya que en tales casos la TPI no sería adecuada y conduciría a una resistencia a las drogas. En el caso de una tuberculosis activa, la estrategia OMS DOTS (Tratamiento breve bajo observación directa) para tratar la tuberculosis es igualmente eficaz en pacientes VIH positivos.



Para mayor información sobre tratamientos para el VIH y la Tuberculosis, incluida la profilaxis post exposición véase:

OMS (2006) *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach*. —2006 rev. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>

OMS (2007) *Tuberculosis care with TB-HIV co-management : Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)* http://www.who.int/entity/hiv/TB_HIVModuleCover23.05.07.pdf

OMS (2006) *HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users Clinical Protocol for the WHO European Region* http://www.euro.who.int/document/SHA/WHO_Chapter_5_web.pdf

OMS (2006) *Post exposure prophylaxis for HIV infection* http://www.euro.who.int/document/SHA/chap_13_prophylaxis.pdf

Confidencialidad

Los reclusos tienen derecho al mismo respecto de su confidencialidad médica que cualquier otro paciente. Por ende, debe asegurarse la privacidad de la consulta médica para respetar dicha confidencialidad. Queda claro que en cuestiones relacionadas con VIH, uso de drogas, infecciones de transmisión sexual y, en particular, imputaciones de violencia física o sexual, se les debe asegurar absoluta confidencialidad para que puedan conversar libremente con el personal médico. Si excepcionalmente debe estar presente algún custodio, éste permanecerá a la vista pero fuera del campo auditivo.

En la mayoría de los países, son comunes el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, tanto dentro como fuera de las cárceles. Las personas que viven con VIH

enfrentan en forma rutinaria el aislamiento y la discriminación social y aún la violencia como resultado de su condición frente al VIH, y dentro de las penitenciarías el riesgo de enfrentar las consecuencias negativas puede ser mucho mayor. El estigma relacionado con el VIH, así como con el uso de drogas y el sexo homosexual, resulta no solamente en estrés y temor para las personas que viven con el VIH o el sida sino que puede desalentar a las personas que quieran hacerse el análisis y/o acceder a asesoramiento/información o tratamiento.

Las planillas de casos/historias clínicas de los reclusos deben permanecer bajo el control y la supervisión directos del proveedor de servicios médicos y no debe revelarse su contenido sin la autorización previa por escrito del recluso. Éstos no son parte de los registros generales de la cárcel. No debe existir ningún sistema para marcar las historias clínicas, los registros penitenciarios o las celdas para indicar la condición frente al VIH, ya que puede ser notado fácilmente por los custodios y aún los reclusos. Debe prestarse atención también a las prácticas institucionales que se utilizan para brindar servicios de salud, otorgar horarios de consulta, asesoramiento y análisis voluntarios de VIH y medicamentos. Si son perceptiblemente diferentes para aquellos que piden información sobre el VIH o para los reclusos que son VIH positivos, esto resultará obvio al personal y a los privados de libertad y desalentará la participación en los programas de prevención, análisis y tratamiento además de aumentar potencialmente la discriminación, victimización o violencia.

Los funcionarios penitenciarios pueden considerar que tienen derecho a saber quién es VIH positivo y que dicha información los protegerá de la exposición a la infección de VIH en el lugar de trabajo. El personal médico de la cárcel será el encargado de poner en tela de juicio tales creencias falsas y abordarlas a través de información y educación dirigidas específicamente al personal penitenciario. La administración carcelaria, junto con el personal médico, debe asegurar que se apliquen las políticas y prácticas para proteger la confidencialidad y que sean parte de una estrategia amplia en las cárceles.

Otros reclusos así como los funcionarios penitenciarios pueden poner en riesgo la confidencialidad adrede en la creencia equivocada de que, si identifican a las personas que viven con VIH, eso los protegerá de la infección por VIH. La información errónea sobre VIH puede crear falsos temores sobre el riesgo de transmisión del VIH al compartir las habitaciones, las áreas de duchas o los cubiertos. Si no se cuestionan, esas actitudes pueden llegar a socavar la eficacia de las iniciativas de prevención del VIH entre los reclusos al crear un clima donde la identificación de reclusos VIH positivos —en lugar de reducir el riesgo de comportamientos altamente riesgosos— se considere como la forma más eficaz para protegerse contra las infecciones por VIH. Dichas actitudes también pueden sostener un clima de discriminación y posible violencia contra las personas que viven con el VIH o el sida. Esto no solamente tiene un impacto sobre las vidas de los reclusos que son VIH positivos sino que también puede disuadir a otros que tienen la intención de buscar asesoramiento y análisis voluntarios de VIH.

Liberación anticipada o por razones humanitarias

En el caso de los reclusos con enfermedades terminales, la política carcelaria debería permitir su liberación por motivos humanitarios para que puedan morir con dignidad en

sus hogares en compañía de su familia o amigos. Del mismo modo, puede ser que algunos reclusos no puedan recibir la atención médica apropiada —ya sea intensiva o a largo plazo— mientras se encuentran reclusos. En esos casos, debería poder considerarse la liberación del recluso para que se le pueda brindar la atención adecuada en la comunidad o en su hogar.

En ambos escenarios, el personal médico de la penitenciaría debería estar en condiciones de dar una opinión clínica independiente y que esa opinión sea tenida en cuenta por la administración de la cárcel.

Continuidad de la atención

El personal médico de la cárcel debe asegurarse que haya continuidad en la atención médica de los reclusos liberados. En el caso de los tratamientos de la drogodependencia como, por ejemplo, la terapia de mantenimiento con metadona, o en el caso de la terapia antirretroviral o antituberculosa, los individuos, junto con sus historias clínicas confidenciales, deben derivarse a los servicios médicos que correspondan dentro de la comunidad. Para asegurarse de que el paciente se contacte con el servicio de salud y mantenga dicho contacto, el personal penitenciario debe solicitar la ayuda de grupos de apoyo o servicios sociales de la comunidad ya que el simple hecho de aconsejar al recluso para que vaya a una clínica en particular quizás no tenga mucho éxito.

La continuidad de la atención médica también se aplica a los que llegan a las cárceles. Los vínculos y la colaboración con los servicios de salud comunitarios, las organizaciones de la comunidad y los servicios sociales facilitarán una continuación sin altibajos para aquellos que ya reciben alguna forma de tratamiento y atención en la comunidad.

Lista de Verificación 16: El papel que ha de jugar el personal médico de una penitenciaría

El personal médico debe brindar dentro de las cárceles servicios equivalentes a los que se dan fuera de los establecimientos penitenciarios. En el caso particular del VIH, además de brindar atención y tratamiento médico para los pacientes infectados, el personal deberá:

- Incidir para que las políticas, reglamentaciones y procedimientos carcelarios respeten los derechos de los reclusos, para asegurar un nivel de atención médica equivalente, la no discriminación y estigmatización y la protección de la confidencialidad del paciente;
- Asegurar la promoción de una buena salud física y mental, a través de un clima carcelario saludable;
- Asegurar que la prevención de la propagación del VIH y otros virus transmitidos por sangre sea parte de una estrategia de salud amplia en las cárceles;
- Asegurar un diagnóstico y tratamiento adecuados para las infecciones de transmisión sexual;
- Asegurar un diagnóstico y tratamiento tempranos de la tuberculosis, a menudo vinculada con la infección por VIH;

El VIH y el sida en los lugares de detención

Grupo de herramientas para los encargados de políticas, gerentes de proyecto y funcionarios de cárceles

- Incidir a favor de programas abarcadores de prevención del VIH;
- Proporcionar información y material didáctico a los reclusos y al personal penitenciario;
- Promover y apoyar los proyectos/programas de educación de pares;
- Promover asesoramiento y análisis voluntarios de VIH;
- Promover e iniciar programas de tratamiento contra la drogodependencia;
- Promover e iniciar o supervisar programas de agujas y jeringas;
- Promover e iniciar la distribución y el uso correcto del cloro para desinfectar los elementos de inyección y tatuaje, señalando al mismo tiempo sus limitaciones;
- Distribuir preservativos, barreras bucales de látex y lubricantes;
- Evaluar la elegibilidad de los pacientes respecto de su liberación temprana;
- Asegurar la continuidad de la atención médica, incluido el tratamiento con ARV, para reclusos que arriban o salen de las cárceles



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Centro Internacional de Viena, Apartado Postal 500, 1400 Viena, Austria
Tel.: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org



Para más información con respecto al Programa sobre el VIH/Sida
de la UNODC, sírvase dirigirse a:

UNODC
Unidad sobre VIH/Sida
Tel.: (+43-1) 26060-5549
Correo-e: AIDS@unodc.org
www.unodc.org